Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

DISCUSSION PAPER NO. 15

Paying to Play? Government Financing and Health Care Agenda Setting

by

Katherine Fierlbeck

Dalhousie University

August 2002

The views expressed herein are solely those of the author and do not necessarily reflect those of the Commission on the Future of Health Care in Canada

103-00518/

Contents

Highlights iv

Executive Summary v

Introduction 1

The Institutional Context 3
Setting Health Care Policy: Current Roles 6

Suggestions for Change: The Status Quo, Only Different 8
Towards Predictability and Stability 8
Towards Accountability and Transparency 15

Other Levels of Government 18

Conclusion 20

References 23

Highlights

- We may be entering into a new health policy "window of opportunity": the federal government has become more enthusiastic about its role as protector of the Canadian Health Act (CHA), but is unwilling to pay the dollars required to play this role effectively. If Ottawa does not wish to commit the funds it needs to enforce the CHA to its satisfaction, it must use its legislative powers as its political capital.

- The heart of the dilemma is that a clear assignment of health policy roles between levels of government results in strongly accountable systems, but can also exacerbate the instability of the system insofar as autonomous governments may choose to pursue independent goals disadvantageous to other governments. A system-shared jurisdiction can facilitate communication, but exacerbate problems of accountability.

- One possible approach is for the federal government to enter into a set of binding procedural rules with the provinces/territories regarding the long-term administration and funding of health care. Ottawa gives up some flexibility but wins greater recognition for its spending power and, importantly, is able to maintain some control over national standards in health with less expenditure. The provinces, for their part, accept some (formal) federal presence in the field of health care, but achieve stability and predictability in health care funding, recourse to dispute resolution, and clear limits on federal actions.

- Such a quid pro quo would involve clear provisions for consultation and due process between governments -- like those articulated in section 5 of the Social Union Framework Accord (SUFA) --, a formal opting-out formula regarding both transfer and direct funding programs, an explicit recognition of the federal expenditure power, the establishment of a "health council" to coordinate intergovernmental activity in health on an ongoing basis, an agreement on the part of both levels of government to report formally to their constituents and to each other regarding both outcomes and activities using a set of standardized processes and indicators.

Executive Summary

Discussions of "greater federal influence" or "more provincial autonomy" simply stated are in health policy inappropriate and obsolete: given the political, legal, and economic context of the contemporary health care system in Canada, it is more useful to consider instances where the federal government should have more influence, where the provinces should have more presence, where more cooperation is vital (and viable), and where independent actions on the part of the respective governments is appropriate.

Changes in the federal role over the past thirty years have not been consistent with changes in cost-sharing and other fiscal arrangements. Federal funding to the provinces has dropped considerably from the 50% funding it provided to the major health programs when the system of national health care was established. Yet over the past two decades the federal government has become more, not less, concerned with its role in maintaining the principles of the CHA. This imbalance has obliged Ottawa to hone its influence more precisely, and increasingly to trade off its legislative powers rather than simply using its economic influence.

The heart of the dilemma is that a clear assignment of health policy roles between levels of government results in strongly accountable systems, but can also exacerbate the instability of the system insofar as autonomous governments may choose to pursue independent goals disadvantageous to other governments. A system of shared jurisdiction can facilitate communication, but exacerbate problems with accountability. Any shift in the relationship between governments should thus attempt to achieve some balance between *predictability and stability*, on the one hand, and *accountability and transparency*, on the other. Any change from the status quo will also require political compromise from both levels of government.

We may be entering into a health policy "window of opportunity" in which the federal government has become more enthusiastic about its role as protector of the CHA, but is unwilling to pay the dollars required to play this role effectively. If Ottawa does not wish to commit the funds it needs to enforce the CHA to its satisfaction, it must use its legislative powers as its political capital. One possible arrangement is for Ottawa to agree to specific limitations on the scope and nature of its spending power. It gives up some flexibility but wins greater recognition of its spending power and, importantly, is able to maintain greater control over national standards in health care while spending less on it than provincial governments (and far less, proportionately, than it used to). The provinces, for their part, accept some lasting federal presence in the field of health care, but achieve stability and predictability in funding, recourse to dispute resolution, and clearer limits on federal actions.

Such a system could be modeled on the existing SUFA. The starting point is to maintain the provisions for consultation and due process between governments articulated in section 5 of the SUFA. The next steps would be explicitly to establish an acceptable opting-out formula regarding both transfer and direct funding programs, and to formalize federal spending power. An opting-out formula has important implications for wider Canada – Quebec relations, and is consonant with recent discussions on constitutional change. Such an option would not be unconditional, but it would allow more room for specific provincial policy objectives than at present. Despite objections to the idea of a formalized federal spending power, the principle has nonetheless already become embedded into the fabric of intergovernmental relations in Canada. Explicitly recognizing the federal spending power may be a relatively cheap way for provinces to achieve other objectives (including the opting-out clause and a binding dispute resolution mechanism). The federal spending power is also important from a policy point of view insofar as it is still the federal government's most potent instrument for corralling disparate points of view into a workable national health system, and it would be essential in balancing out some of the provisions allowing for greater provincial influence in national health policy.

There is room for much greater federal activity in its research and evaluation role, especially in its support for innovative pilot programs and in publicly-funded health research. More collaborative activity between governments is useful both in the technological and informational health care infrastructure, and in the long-term planning of health human resources. Both levels of government should report formally to their constituents and to each other regarding the outcomes and activities in health programs, using a set of standardized processes and indicators. The health system itself would be well served by having a better system of accountability in place. Too much reliance on "the general public" as a health care watchdog is not appropriate. A "Canada Health Council" would be one means of achieving this level of accountability.

Finally, despite some political demands for greater legislative and taxation capacity by local or regional bodies, there is insufficient empirical evidence at this point to support an institutionalized movement in this direction. Structures of local and regional governance in health care are simply too disparate to arrive at any clear analytical conclusions about the felicity of greater decentralization. There is enough anecdotal evidence, however, to support a substantive comparative study investigating the qualitative and quantitative dynamics of health care regionalization.

If health care itself is not – yet – in deep trouble, its governance is. The mechanism of government partnership and collaboration – that of federal-provincial – has become totally dysfunctional.

> The Hon. Monique Bégin, in a lecture to the Institute for Research on Public Policy, 20 February 2002.

Introduction

Two overarching issues inform the relationship between governments regarding health care: first, what kind of change is desirable? And second, how is it possible politically to achieve such change? The objective of Canadian public health care is of course the health of the Canadian public: yet patients are also taxpayers and citizens, and as such often have contradictory expectations. Thus to say simply that the roles of government must be structured to be responsive to the voice of the people is not particularly useful insofar as democracy is a cacophony: the question of *whose* voices register is the very heart of democratic politics, and does not necessarily provide a clear basis for public policy. Moreover, any change in the relationship between governments must be considered within a fairly restrictive context: first, any change must obviously conform to the Canadian constitution. Second, in true Canadian spirit, political convention as well as constitutional requirement must be acknowledged. Third, any discussion of health care management must take into account financial constraints and issues of economic efficiency: given the contemporary emphasis that governments place upon cost containment and "sound fiscal management", any potential solutions must be perceived as affordable, however subjective the term may be. And, finally, any answer to the issue of the proper distribution of roles also depends upon the willingness of governments to embrace change. In the area of health care, particularly, autonomous political jurisdictions do exist (both *de facto* and *de jure*); and the motivation for change must ultimately come from within each unit.

This paper holds that change in federal-provincial relations regarding health care is necessary; that it is timely; and that each level of government can be persuaded to make these changes. It also argues that we must aim for a balance between federal involvement and provincial autonomy. Change is necessary because of the current cost of health care, because of the complexity involved in maintaining a modern health care "system", and because of the awareness and expectations of the very people to which it is directed. This discussion paper argues that there currently exists a "window of opportunity" that may improve the institutional context of intergovernmental relations within the area of health. The challenge is to take advantage of the flexibility and innovation that a federal system can provide without succumbing to the beggar-thy-neighbour dynamics that can also inform federal systems. Making a case for either "greater federal involvement" or "more provincial autonomy" in health care *per se* is not a helpful answer to the issue of rethinking the respective roles of each level of government. Rather, this paper

argues that Ottawa ought explicitly to accept the provinces as equal partners in health care and enter into binding regulation regarding long-term administration and the funding of health care. The provinces, for their part, ought explicitly to accept some formal and consistent federal presence in the field of public health care. In this way, the provinces can achieve stability and predictability in funding, dispute resolution, and federal accountability; while the federal government can better achieve adherence to the principles of the Canada Health Act as well as provincial accountability.

The first section of the paper discusses the constitutional division of powers constraining intergovernmental relations in health care, and explains how federal spending in health care has evolved since the establishment of a Canadian health care "system". The next section discusses in more detail how predictability and accountability can realistically be achieved within a highly politicized intergovernmental context, while the final section considers briefly what role, if any, regional or municipal governments ought to play.

The Institutional Context

Three distinct types of constitutional powers in Canada together form the fiscal relationship, which determines and circumscribes public policy: these are regulatory, expenditure, and taxation powers. In the area of health care, the *Constitution Act 1867* clearly gives the regulatory power over hospitals (section 92.7) and "local and private matters" (92.16) to the provinces. This, however, has been balanced by the evolution of the federal expenditure power (the "spending power") which refers specifically to "the power of Parliament to make payments to people, institutions, or provincial governments for purposes on which Parliament does not necessarily have the power to legislate, for example, in areas of exclusive provincial legislative jurisdiction" (Watts 1999, 1). While this spending power is not explicitly articulated in the *Constitution Act 1867*, the courts have interpreted other sections of the constitution to mean that the federal government may spend in any area as long as it does not amount to a "regulatory scheme" within an area of normal provincial jurisdiction. That the spending power is not explicitly recognized in the constitution may seem rather irrelevant, given the judicial support for its application, but, as we shall see below, it is nonetheless an important factor in the negotiation between governments regarding the delegation of roles in health care.

The third type of constitutional power is, of course, the power of taxation enjoyed by both senior levels of government. As Watts (1999) and Brown (2002) have pointed out, Canada is quite distinct among federal states in the wide-ranging ability provinces have to garner money for expenditure within their own jurisdictions. This gives provinces much greater independence from the federal government than other comparable jurisdictions have in other federal states; although, somewhat paradoxically, it also forces both levels of government to work more closely together in order to harmonize their respective systems of taxation. The net result of the present composition of the constitution, then, is that it allows both for greater decentralization (the increased capacity for provinces to raise taxes) *and* for greater centralization (the *de facto* recognition, and sustained exercise, of the federal spending power, as well as the articulation of a commitment to minimize regional disparity). Ottawa also enjoys indirect and/or obscure pieces of legislation (such as the Peace, Order, and Good Government provision) that can in principle be invoked, but are not relevant enough bases upon which to establish new and overarching health care provisions (as opposed to very specific legislation in very specific areas).

How important is the federal spending power? And how much influence does it potentially have as a tool in restructuring health care? The evaluations vary, although the answer seems to be largely dependent upon the economic and political context of the day. Some, such as Muszynski, argue that the spending power has become "significantly eroded as a result of economic conditions, the deficit and debt, and the emergence of more conservative attitudes toward social policy" (1995, 289). Paradoxically, however, the same conditions have been seen by others as conducive toward federal control when the wider federal fiscal powers are considered: as Campbell, for example, writes, "[i]f a neo-conservative orientation to economic policy persists – with market goals, inflation control, and deficit spending in the forefront – then the federal

government will remain in the economic management driver's seat" (1995, 209). It is nonetheless clear that Ottawa's ability directly to influence the structure of national health care depends primarily upon two factors: the amount of money the federal government has at its disposal to spend, and any specific limitations to this power negotiated by provincial and federal governments (such as those contained in the ill-fated Meech Lake Accord and Charlottetown Agreements, and the current Social Union Accord). This will be discussed in greater detail below.

The evolution of federal spending in health care can be roughly divided into five periods, each of which was defined by the introduction of major federal legislation: the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, 1957* (HIDSA); *Established Programs Financing, 1977* (EPF); the *Canada Health Act, 1984* (CHA); the *Canada Health and Social Transfer, 1996* (CHST); and the *Social Union Framework Accord, 1999* (SUFA). Viewed historically, what is notable is that with each piece of legislation the federal intent oscillates from the desire to influence the nature of health care itself (HIDSA, CHA, SUFA) to the simple quest for cost containment (EPF, CHST).

The initial period of conditional, shared-cost grants gave way in 1977 to a model of block grants distributed on an equal per capita basis. Funding increases according to this formula were no longer based upon provincial expenditure, but upon the growth rate of the GNP. This measure not only decreased federal costs but also allowed Ottawa to remove itself from a situation where its own spending was determined by the provinces' policy decisions. But the EPF ultimately created even more friction between governments (Maslove 1992, 59). Moreover, the lack any mechanism obliging provinces to spend in specific areas was exacerbated by the social and economic environment of the day; and, largely at the instigation of the NDP, Ottawa was increasingly pushed from 1979 to address the "erosion of Medicare" (Bégin 2002, 2). In 1984 Bill C-3 (later the *Canada Health Act*) was tabled to eliminate (or at least discourage) extra-billing and user fees by penalizing provinces dollar-for-dollar for the levying of such fees. Provincial adherence to this legislation was voluntary, but full federal funding was conditional upon observing these principles. By 1987, the practice of extra-billing and the imposition of user fees had largely ceased.

Yet EPF was still highly problematic. Provinces objected that the federal government was not pulling its share of the load, while Ottawa keenly recognized that its tax point transfer meant increased provincial revenues and a decreased residual federal cash transfer: no longer paying the piper, it was unable to call the tune. Moreover, the federal government was dissatisfied with the lack of visibility it received for the monies it expended, while the provinces resented that Ottawa's spending power undermined the long-term stability and predictability of funding for two of the most expensive provincial programs (ibid., 61).

EPF was replaced unilaterally, and without intergovernmental consultation, by the CHST in April 1995. With its genesis directly within the Department of Finance, the CHST was largely acknowledged as a strategy to achieve federal expenditure and deficit reduction. But while the CHST was successful in its primary objective – alleviating fiscal pressure on Ottawa – it failed to

address the substantive problem evident in the EPF: it did not give the federal government enough financial clout to compel compliance to the principles of the CHA. The final period of evolution in federal-provincial relations over health care spending began in February 1999, with the partial ratification of the Social Union Framework Agreement.

Specifically, the SUFA required Ottawa to consult with the provinces regarding any changes to conditional block grants or shared-cost programs and to build "due notice" provisions into any new social transfers; to permit a form of "opting out" of national jointly-funded initiatives with the support of a majority of provinces; and to give at least three months' notice to (and to offer to consult with) the provinces regarding *direct* transfers. It also calls for broad public-access and public-consultation mechanisms; establishes support for the existing principles of Medicare; addresses the need for joint fact-finding; and articulates the need for dispute-avoidance and resolution mechanisms. The evaluation of the SUFA is mixed. Maioni, for example, argues that the SUFA "has done little to encourage a focus on the real political debate over two unresolved but crucial issues on the health agenda: Who should make the rules in health care? And what should the rules look like?"(2000, 39). Lazar, however, is more cautiously optimistic: if the political will exists to work within the agreement, he writes, "the Framework Agreement could turn out to be a major innovation in the workings of the federation, heralding a new era of collaboration, mutual respect among the orders of government and a more coherent and systematic approach to policy-making" (2000a,100).

While the trajectory of federal-provincial funding can be plotted with relative ease, the roles that the governments themselves have played (or have been expected to play) have not been characterized by the same clarity. This is largely because the meaning of "clarity" here is itself ambivalent: if clarity is determined by Occam's razor, then the period represented by the 1957 HIDSA and the 1966 *Medicare Care Insurance Act* is overwhelmingly clear in its simplicity. This arrangement, of course, was that the federal government would cover half the costs of provincial medical insurance plans, as long as the provinces adhered to the conditions of comprehensibility, universality, portability, and public administration (the condition of accessibility was added in 1984). The problem, however, was that the political nature of health care became emphasized over time: not only did the actual costs of providing health care increase, but the provision of public health care became seen – especially by Ottawa – as a form of political capital, in which public support for Medicare was a form of political leverage over provincial governments. This confronted the fiscal trend experienced by the provinces, who were by 2000 devoting at least one-third of their *total* expenditures to health care (Ontario, for example, spent almost 40% of its total expenditure in health in 1999: see CIHI 1999, Table B.4.4). As the political stakes rose, both levels of government wanted more out of their respective roles (viz., maximizing their influence and minimizing their costs). Thus, increasingly detailed documents (CHA and SUFA) have attempted to explicate the roles of each government: if, then, clarity refers to the amount of detail rather than to the level of simplicity, the current regime best exemplifies the rights and obligations of each government.

Have, then, changes in the federal role over the past thirty years been consistent with changes in cost-sharing and other fiscal arrangements? On the surface, no: the current federal funding levels of 14-16% contrasts quite dramatically with the 50% it gave to the provinces for the major health care services (doctors and hospitals) when the system of national health care was established. And yet over the past two decades the federal government has become more, not less, concerned with its role in maintaining the principles of the CHA. The EPF was largely responsible for this imbalance, for it not only cut federal funding levels to the provinces, but also transferred tax points to the provinces. In retrospect, writes Monique Bégin, the EPF was in a sense " a mistake, maybe an unavoidable one in that decade of provincial autonomy." But, she adds, "[t]ax points transfers are a taxation capacity lost forever and they carry no enforcement power whatsoever. So let us stop talking of them" (Bégin 2002, 5). It is unsurprising that the EPF was enacted well before Ottawa realized the (long forgotten) political capital to be found as protector of a national Medicare system. But what is interesting is that this imbalance has forced the federal government to hone its influence more precisely and surgically, rather than depending upon its broad economic clout. And there is certainly more room for this approach (see below).

What we see now is a recognition by Ottawa that, first, there is a great deal of public support for its position as protector of Medicare (notably, none of the political parties in the last federal election argued for eliminating the CHA) and, second, that enforcing adherence to the CHA cannot rest purely upon an economic approach. The current strategy, then, is one of legislative horse-trading, in which Ottawa has shown some willingness to blunt the force of its federal spending power in exchange for achieving specific policy objectives (such as agreement on the CHA). While changes in the federal role over the past three decades have not been at all consistent with changes in cost-sharing, then, we have seen evidence of more sophisticated and nuanced approaches depending less on economic influence and more on a strategic political give-and-take. This will be discussed more fully below.

Setting Health Care Policy: Current Roles

One of the best accounts of the various roles played by the federal government in setting health care policy can be found in the interim report of the fourth volume of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science, and Technology (also known as the Kirby Report). The report lists five distinct federal roles in health and health care:

i. the *financing* role, which covers the transfer of funds for the provision of health services administered by the provinces and territories;

ii. the *research and evaluation* role, which includes funding innovative health research and evaluation of innovative pilot projects;

iii. the *infrastructure* role, which addresses support for the health care infrastructure and the health infostructure, including human resources;

iv. the *population health* role, which focuses upon health protection, health and wellness promotion, illness prevention, and population health; and

v. the *service delivery* role, which targets the direct provision of health services to specific population groups (Canada Senate 2001, chapter 3).

Although not addressed by the report, the *provincial* roles in health and health care can also be divided into the same groupings, although the scope and nature of provincial activity within each section will of course be quite distinct in many cases from that of the federal role (and indeed, the distinctions between provinces in many cases will be pronounced as well). The breakdown in roles presented by the interim report of the Kirby commission is especially useful in reminding us that direct funding to the provinces (and territories) is not the only role that the federal government can play due to its constitutional restrictions. To a large extent Ottawa's influence is indeed limited by the amount of funding it chooses to direct to health care *per se*; there is, however, some room regarding the precise allocation of these funds.

Suggestions for Change: The Status Quo, Only Different

To ask what health system objectives might be served by changes in the roles the senior governments play, one must first ask *which* health system objectives ought to be promoted. The dominant opinion in Canada is perhaps best reflected in the mandate of the Commission of the Future of Health Care in Canada, which is to "ensure over the long term the sustainability of a universally accessible, publicly funded health system, that offers quality services to Canadians and strikes an appropriate balance between investments in prevention and health maintenance and those directed to care and treatment." There are two ways of achieving this from an intergovernmental perspective: first, it is essential to achieve a context of greater stability and predictability for this system of national standards noted above. A number of the problems experienced by the Canadian health care system are caused not by the specific organization of health policies *per se* as much as by the federal political context within which they are found. If a greater sense of common purpose and trust could be established between governments, it is likely that the first set of objectives could be more readily achieved. But mutual understanding and confidence will not simply arise through sustained exhortation: there must be a clear set of institutional changes to facilitate such behavioral and attitudinal shifts. The second way of promoting and protecting such a system is through the development of substantial and evident accountability between governments (as well as within the system itself). Not only are accountability and transparency manifestly democratic qualities that are now seen as desirable in and of themselves, but they are invaluable in achieving the sense of common purpose noted above (insofar as it is simply easier to trust other parties when their actions are transparent and predictable).

How, then, are such objectives to be achieved? It is essential to remember that, unlike discussions of "health care reform" simply stated, the issue of intergovernmental roles is characterized by institutional divisions of power (noted above) that must be recognized and respected before any discussion of reform can be undertaken. Solutions cannot be obtained by simple governmental fiat: that, in fact, has been the very *cause* of much recent intergovernmental dispute. Thus the only real method of approach must involve compromise and trade-off; and any attempt to move forward must risk being viewed with some dissatisfaction by all parties. "If what 'works' in policy terms creates untenable intergovernmental tensions that spill over into other relationships or clearly violates the constitutional division of power or marginalizes the oversight roles of legislators and citizens, then the very ability of social policy to weave and strengthen the ties that bind Canadians to each other is compromised" (Adams 2001a, 6).

Towards Predictability and Stability

The most important component of a stable and predictable working relationship between governments, either nationally or internationally, is a set of clear procedural rules for the political actors (as well as the clear articulation of consequence for failure to comply with these rules). The SUFA is a major step forward in this direction because of its emphasis upon procedure as

much as upon more substantive content. The existence of trust is absolutely essential in achieving any progress in a cooperative system of administration: as Lazar comments, "[w]ith trust, SUFA will survive the periodic hurricanes that come from changing government, prickly personalities and external shocks. Without trust, SUFA will be a footnote in Canadian history" (2000b, 12). To achieve this trust, then, change in the governance of the health care system must be achieved cautiously and consensually. This is a difficult strategy to accept if one holds that the most effective strategies are those that are imposed comprehensively, and that political give-and-take simply results in a watered-down compromise that is second-best in terms of policy-making. There is probably no little evidence for this claim. However, as Adams (2001b) reminds us, in the realm of intergovernmental relations some form of compromise is essential, and, as Kennett (1998) and others have argued, autonomous policy-making in the sphere of health policy is inefficient and possibly obsolete.

Thus, regardless of the temptations for wholesale change in our health care system, the best-considered strategy here is one of evolutionary change rather than world-historical shift; of surgical technique rather than the wielding of blunt instruments. If we accept that improvements in health care require consensus and stability over the long term, we must return to the arena of political horse-trading rather than the flexing of political muscle. It is understandable why this approach is especially unpalatable for the federal government (which has been generally quite unwilling to commit itself in this way), insofar as such commitments limit governmental flexibility in policy-making writ large. But governments do engage in such agreements *internationally*, on the grounds that greater gains are to be made despite constraints on flexibility (recent agreements limiting state sovereignty in the European Union are particularly relevant here); and the same can be said for intergovernmental agreements. Given its desire to maintain some say over a set of national standards in health care, and given its unwillingness simply to use its pocketbook extensively for this purpose, it must accept some constraints on its flexibility as the cost of achieving these ends.

In general terms, the suggested *quid pro quo* is this: Ottawa explicitly accepts provincial governments as equal partners rather than junior ones by agreeing to enter into a set of binding procedural rules with them regarding the long-term administration and funding of health care in Canada. It gives up some flexibility but wins greater recognition for its spending power and, importantly, it is able to maintain some control over national standards in health care while spending less on it than provincial governments do (and far less, proportionately, than it once did). The provinces, for their part, accept some (lasting) federal presence in the field of health care, but achieve stability and predictability in health care funding, recourse to dispute resolution, and, not least, clearer limits on federal actions. Let us unpack this in more detail.

The SUFA is an appropriate blueprint for the kind of agreement considered here. The nature of SUFA is that "it contemplates both orders of government agreeing on Canada-wide objectives, the federal government transferring some funds to the provinces to assist them in pursuing the objectives, provinces then designing and delivering their own programs to achieve the objectives

and public accountability for the results" (Lazar 2000a, 122). One of the key achievements of SUFA was the securement by provinces of federal agreement to consult on "significant changes in existing social transfers" and to "build due notice provisions into any new social transfers"; to offer provinces a *de facto* opting-out provision; and due notice and consultation regarding new direct federal spending on health care. These measures were in large part due to Ottawa's unilateral drive to get its own financial house in order throughout the 1990s, which led in turn to a sour resentment by the provincial and territorial governments who bore the brunt of this federal housekeeping. As Maslove points out, the level of federal-provincial fiscal harmonization that actually exists is quite impressive: nonetheless, "the consequence of one government's being forced to react to major revenue (or expenditure) shocks resulting from the unilateral decisions of another causes strains to the fiscal system" (1996, 296).

The primary component of stability is the predictability built into federal CHST funding under section 5 of SUFA which, again, calls for federal-provincial consultation on "significant changes in existing social transfers" and "due provision " regarding any new social transfers. And, while this stipulation does not in itself remove the possibility of drastic federal spending changes (such as the CHST), securing the ability of provinces to plan for the consequences of such programs well in advance is important both in terms of policy coherence and intergovernmental relations. To the extent that health care writ large is experiencing a significant transformation from an emphasis on acute care to a focus upon health promotion and disease prevention, and from isolated "smokestack" programs to greater consolidation between programs, provinces are working hard to reconfigure health care systems within their jurisdictions to better respond to the needs of a modern population. Predictability of funding is essential to this strategy of reconfiguration. The essential starting-point, then, is simply to maintain the provisions for consultation and due process between governments articulated in section 5 of the SUFA.

The next steps are more provocative, and must be considered together. These are first, to establish an acceptable "opting-out" formula regarding both transfer and direct funding programmes and, second, to formalize federal spending power. It is important to remember that SUFA came into being in the first place through concerted provincial negotiations in response to the implementation of the CHST. These negotiations, supported by Quebec, included a formal opting-out provision that was later dropped when Ottawa agreed to adjust its position on issues including public accountability and dispute settlement in return for the provinces modifying their position on the federal spending power. This, in turn, led to Quebec's refusal to sign the accord (Lazar 2000a, 110).

The discussion of an opting-out option is not new. Such a measure was established in 1964 for the administration of a separate pension plan for Quebec; and has been raised with reference to constitutional change since then. The Meech Lake Accord, for example, would have allowed the federal government "to provide reasonable compensation to the government of a province that chooses not to participate in a national shared-cost program that is established by the Government of Canada after the coming into force of this section in an area of exclusive

provincial jurisdiction, *if the province carries on a program or initiative that is compatible with the national objectives.*" The SUFA is similar, insofar as it permits Ottawa to establish new initiatives with the support of any six provinces, and stipulates that any dissenting province could then receive federal compensation for its own program as long as it meets the agreed objectives of the national program. However, as Lazar points out, SUFA goes further in accommodating provinces: first, by permitting provinces which do "not require the total transfer to fulfill the agreed objectives" to "reinvest any funds not required for those objectives in the same or a related priority area"; and, second, by applying this formula not only to shared-cost programs but also to jointly-financed programs that are not based on cost-sharing (Lazar 2000a, 111). In Lazar's view, SUFA is at least as flexible for the provinces as the provisions contained in either the Charlottetown or Meech Lake accord, although the SUFA stipulations are implicit rather than explicit (Lazar 2000b, 10).

The reason this point is of such import is because it speaks to the wider problem of Quebec's position within the Canadian federation. As such, then, it has grave importance not only for health policy objectives but also for those of Canadian federalism at a broader level. But even if the opting-out provision were accepted with an eye to the political stance of Quebec, it is arguable that there is no reason to fear that this would pose a threat to the national standards of Canadian health care noted above: as Vaillancourt argues, for example, Quebec has shown that its more idiosyncratic policy directions in health care have actually been more innovative and within the spirit of contemporary health care reform – including, for example, community health care centres, early childhood centres, and eschewing the private provision of long-term care for province-led policy – than those occurring in much of Canada (Vaillancourt 2002). (There is speculation that the rising strength of the ADQ may be a reflection of growing support for neoliberal policies in Quebec, but it is simply too soon to verify this.)

Most commentators agree that any federal-provincial arrangement on health policy cannot function well without the participation of Quebec. Some critics hold that the SUFA's failure to secure Quebec's signature "confirmed and further deepened the Canada-Quebec impasse," and also demonstrates the "significant bias" against Quebec "and its particular concerns" (Dufour 2002, 8, 9). During the 1998 Premiers' Conference in Saskatoon, observes Alain Noël, the Quebec government compromised on three conditions: "it left aside unsolved constitutional difficulties to join a bargaining process that did not make the opting-out formula unconditional; it accepted much of the inter-provincial – and pan-Canadian – discourse on the social union; and it recognized implicitly a legitimate role for the federal government in social policy" (2000, 8). The provinces, for their part, agreed to include a formal opting-out formula as a bargaining position; a stance which resulted in a limited and informal opting-out condition.

Others, however, object that Quebec refuses to participate in such a collaborative measure – and would potentially refuse to collaborate on any but the most lucrative agreements – because its position of non-participation is advantageous from a game-theoretical perspective, wherein "Quebec will either get transfer money without having had to agree to broad rules of engagement vis-à-vis Canadians in other provinces, or the federal government will deny Quebec money that the other provinces are receiving" (Robson and Schwanen 1999, 5), thereby playing into the separatist agenda of the Parti Quebecois government (see also Gibbins 1999).

Two points can be taken from this: first, for larger political reasons as well as for more specific policy reasons, Quebec cannot be left outside of any social policy agreement on health care. Second, as Dufour maintains, "Quebec cannot remain on the sidelines of Canadian intergovernmental relations in the field of social policy" for its *own* benefit (2002, 7). The best compromise has been presented by Harvey Lazar, who argues that a formal opting-out provision "would explicitly acknowledge that opting out is possible without making it a right. In effect it would leave room for considering opting out on a case-by-case basis, which is consistent with practice during the years of building the post World War Two welfare state" (Lazar 2000b, 10). Lazar stipulates four characteristics of such a possible compromise: first, the opting-out provision would be explicit, rather than implicit; second, any province opting out would publicly acknowledge Ottawa's financial contribution; third, the province would use the funds either in a way that was "broadly compatible with the purposes of the new program" or, if the province already had a program that met Canada-wide objectives, it could use the monies in the same or in a related priority area. Finally, to ensure the possibility of Quebec agreeing with "Canada-wide priorities", national consensus would be measured by agreement by seven provinces with at least half the population, rather than simply by any six provinces (Lazar 2000a, 117-8).

Except for those who take issue with the idea of asymmetrical federalism on principle, however, the issue here for most is not what Quebec will do with any opting-out provision: Quebec's commitment to a public health care system is clearly on the record (Vaillancourt 2002). The real concern regarding such an opting-out clause is Alberta, with its stated intention to utilize private health care resources more fully. Notwithstanding this, however, it must be remembered that this opting-out formula could only be applied in cases where a province's existing programs were "broadly compatible with the purposes of the new program" or, where existing programs already were achieving such objectives, funds could be used in a related priority area. The more political concern might be that federal objectives would be tailored to be more consonant with Quebec's in order to avoid any major political disputes (Lazar 2000a, 116, 118), thereby skewing health policy in general toward Quebec's. This may be a valid concern it and of itself; however, to the extent that Quebec's health policy is much more in line with CHA principles than is Alberta's potential health policy blueprint, any such informal tailoring of health policy should not cause great concern for those who wish to preserve the CHA standards. The concerns that may be raised by implementing an explicit opting-out clause would also be mitigated by the

concurrent formalization of the federal spending power. Would Ottawa agree to this? It is important to remember that the provinces were persuaded to sign the initial SUFA largely because of the extra federal dollars that Ottawa was prepared to distribute as a *quid pro quo*: thus, unless the federal government is willing to pay, either in cash or in tax points, for an enhanced agreement on health care, it will have to compromise in terms of sharing its political power.

Like the principle of opting out, the federal spending power is more implicit than explicit, although the SUFA "institutionalizes" the recognition of this power. Objections to the federal spending power in principle are best articulated by Hamish Telford, who argues that "[t]he federal spending power, at best, can only be *inferred* from the constitution; the JCPC ruled that the spending power was *ultra vires*; the gift-giving argument is tenuous; and justifying the spending power as in the national interest is highly problematic in a multinational federation" (by which he means that the federal spending power limits Quebec's "freedom to determine their own social and cultural policies") (Telford n.d., 11).

However, one can respond by arguing, first, that decades of practice (as well as the recent Supreme Court decision regarding the cap on CAP) have embedded the principle of federal spending into the fabric of Canadian intergovernmental relations. Given that it will not go away simply by refusing to acknowledge it, recognizing the federal spending power explicitly may be a relatively cheap way for provinces to achieve other objectives (including a formal opting-out clause or a binding dispute-resolution mechanism). Second, the federal spending power is important from a *policy* point of view insofar as it is still the federal government's most potent instrument for corralling disparate points of view into a workable national health plan; and it will be essential in balancing out some of the provisions allowing for greater provincial influence in national health policy. Third, the explicit recognition of the federal spending power may be important from a *political* point of view in persuading Ottawa to accept *some* formal restrictions upon this power: legitimizing this policy tool may be, in its estimation, worth accepting some clear limitations on it. An explicit recognition of the federal spending power is partially symbolic, but it nonetheless holds a great deal of political potential. Again, its force is counterfactual and thus difficult to evaluate: in essence, provinces simply could not challenge federal spending in broad constitutional grounds. This is of little import *if* Ottawa has little inclination (or money) to become more involved in the provision of health services; but it would give the federal government a great deal of political and moral clout *were* it desirous of doing so.

It is also imperative that both levels of government articulate a consonance of direction, which would be useful in provinces' attempts to develop overarching shifts in the way in which they need to focus health service delivery in the medium- to long-term future, and in the federal government's attempts to refocus how it can best consider its health care roles outside of its financing role. One essential issue that is being addressed constructively by both levels of government collaboratively is that of health information. This includes a national infostructure

system, the development of common data standards, and health reports to debrief Canadians. The federal government, which has contributed to the Canadian Health Infostructure program since 1997, committed $500 million in September 2000 "to accelerate the adoption of modern information technologies to provide better health care" (Canada Senate 2001, chapter 10). A second collaborative strategy should be established to address the issue of health human resources (generally but not exclusively doctors and nurses). Although the training and provision of health personnel are under clear provincial jurisdiction, issues of professional mobility (including the practice of better-funded provinces "poaching" health care personnel from poorer provinces) are best addressed from a national rather than regional perspective.

As Adams (2001b, 278) observes, there is evidence to support "the use of a more collaborative intergovernmental regime in certain circumstances," including health program development issues with a country wide impact, new program initiatives, and common political problems (such as reinvigorating the blood collection service). Given a clear assignment of major roles to the senior levels of government, especially and crucially pertaining to simple issues of funding levels, funding formulae, and dispute resolution, the more specific programmatic issues can usefully be addressed collaboratively. As Lazar notes, within the federal and provincial line ministries there is much more likely to be commonality of purpose and viewpoint (2000b, 8-9); and thus, once overarching issues of long-term funding patterns are sorted out (usually by the respective departments of finance), intergovernmental cooperation can be better facilitated on specific policy questions. Thus the specific type of body within which such collaboration ought to be pursued would be a Canada Health Council (discussed at length by Adams 2001b, 282-287).

Perhaps the role in which the federal government has the most independence is in its research and evaluation role. The research and evaluation role is quite crucial at this point, with health reform, in general, and evidence-based medicine, in particular, the focus of much governmental activity. The Health Transition Fund (1997-2001) and the Canada Health Infostructure Partnerships Program (2000-2002) are two such examples of national health evaluation programs involving federal funds. Given the important role of health research, federal funding must be increased in this area. The pharmaceutical industry has for almost a decade been the leading source of funding for Canadian health research (Canada Senate 2001, chapter 9), a source of some anxiety to those concerned with the nature of independent research. Federal funding for health research should again rise to at least 25% of total expenditure on health research funding (from its low of 16% in 1998 – see Canada Senate 2001, section 9.1.1) to balance the strength of the drug industry in Canada. Another aspect of Ottawa's research and evaluation role, albeit one that would require coordination with the provinces, is the need to support innovative pilot projects in the delivery of health services. This emphasis upon federal funding of innovative programs also supports the "experimental laboratory" model of federalism espoused by those defending provincial jurisdiction over health care.

Towards Accountability and Transparency

Section 3 of the SUFA articulates a commitment to the Canadian people to increase the scope and nature of democratic government by keeping them informed on the progress of social programs, by engaging in an ongoing process of dialogic participation, and by providing a procedure for appeals on administrative decisions. The overarching objective of citizen engagement is not directly relevant to this paper, the focus of which is the appropriate roles for senior governments. The issue of accountability more broadly stated is, however, relevant insofar as intergovernmental relations can be facilitated by greater accountability in both health care funding and health care expenditure; moreover, insofar as accountability to the public is an oblique means governments use to hold each other accountable, it can be discussed within the context of intergovernmental relations.

We live in an era where the values of democratic governance, including transparency and accountability, are held to be self-evidently important. But we also live at a time where efficiency and the ability to get things done in a complex and contradictory environment are also highly valued. And the paradox for health care governance, succinctly stated by Lazar, is that "the more successful the social union turns out to be from an executive federalism perspective, the greater the risks that it will increase the size of the democratic deficit" (2000a, 110). From the perspective of health system objectives, accountability is a good thing simply because it ensures that the funds get to where they are supposed to be going. The most publicized example of this has been the utilization of the $1 billion medical equipment fund established by the federal government during the September 2000 first ministers' conference. The monies, which were to be designated for high-technology equipment such as dialysis machines, MRIs, or computer tomography scanners, were found to have paid for lawn tractors, dishwashers, floor scrubbers, paper shredders, and fax machines (Priest 2002, A1). Although there was an understanding that the provinces were to provide a public accounting of how the funds were spent, because federal funds (including CHST funds) go directly into provinces' general revenues, it is impossible to determine whether, for example, federal funds were used for MRIs and provincial funds for paper shredders, or *vice versa*. The issue is not the lack of accountability *per se*: under the current system, the provinces (subject to the CHA) have the responsibility to account to their constituents regarding their utilization of health care funds. But when one or both levels of government engage in cost containment, each level of government can blame the other for the cutbacks that result, with both refusing to take primary responsibility (Fierlbeck 2001).

One must also understand the political motivation of the respective governments in advocating any form of accountability mechanism. As Susan Phillips recounts in some detail, during SUFA negotiations the provinces supported a form of accountability based upon individual provinces' stipulation of indicators (thus preserving provincial autonomy) in order systematically to show the effects of future potential federal cutbacks on their respective health

care systems. Ottawa, for its part, wanted to be able indirectly to press "underperforming provinces to direct spending towards social programs and to design more effective programs" (Phillips 2001, 18). Even though its transfers are formally unconditional beyond CHA restrictions, the federal government can use public pressure (or more specifically, public censure) to goad provinces into certain types or levels of health care spending.

Despite protestations based upon autonomy and jurisdiction, the stipulations of accountability and transparency noted in section 3 of the SUFA should be augmented and strengthened. Both levels of government should be expected to report formally to their constituents and to each other regarding both outcomes and activities, using a set of standardized processes and indicators. There has been some progress made on reporting stemming from recent Premiers' meetings; but there is still much resistance to provinces losing the autonomy to determine the standards of measurement, and also to measuring the *outcomes* of health programs (although this, again, is improving). Governments have in the past two decades shown instances of a willingness to put political ends before health care objectives; if, as the rhetoric would imply, both levels desire a sincere undertaking to protect these objectives, then there is no reason not to regularize this commitment. The stipulation that governments formally become more accountable to each other rather than simply using "the public" as a watchdog is important because, as Phillips notes, "[o]utcome measurement of social policies has proven to be much more complex in practice than in concept, and citizens and voluntary organizations are extremely limited in their ability to be effective watchdogs" (2001, 23).

Provincial governments may argue that they have the constitutional jurisdiction and thus the ultimate responsibility for health spending, and that they should thus be able to account for these funds as they see fit. But, to the extent that federal transfers involve monies from federal taxpayers, Ottawa too has a responsibility to its constituents to inform them of how its funds are utilized. The principle of "ultimate provincial jurisdiction" also evokes little sympathy from the broader public, which has articulated the collective viewpoint in public opinion surveys that both levels of government are appropriate watchdogs for each other's respective activity (Centre for Research and Information on Canada 1997). Moreover, as Phillips argues, now that federal transfers have been restored to earlier levels, "the idea of public reporting and rendering of accounts for the modification of existing programs and their funding, coupled with commitments to clearly state the roles and responsibilities of each order of government," becomes less attractive to the provinces (2001, 22). Notwithstanding the possibility that provinces may well object to more stringent accountability provisions given the restoration of federal funding, it would nonetheless be shortsighted of them given the provinces' frequently articulated anxieties and lack of trust concerning the long-term stability of federal funding.

The measurement and comparison of outcomes is admittedly one which will require sustained and vigorous development, and one where we would be naive to expect clear results in the short term. This is, however, no reason to dismiss the effort. A corollary of this suggestion, and one

which can be more easily operationalized, is the establishment of a health commissioner whose function it would be to report on dubious or inefficient practices regarding the allocation of health funds. The existence of a third-party auditor (based on the model of the current auditor-general) is of course no panacea (see, e.g., Kroeger 2000, Sutherland 2001). But it could at the same time be a mechanism to oblige governments to account for their activities simply by opening existing practices to public scrutiny which, both levels of government seem to hold, is an effective way of keeping the *other* party in check. Finally, it is useful to reiterate the utility of a jointly-appointed ministerial council responsible for developing a national framework for public accountability, facilitate coordination between governments at the sectoral level, serve as a neutral fact-finding body when intergovernmental disputes arise, and to report back to participating governments and the Canadian public on the performance of the health care system at a national level (see Adams 2001b, 283).

Other Levels of Government

Intertwined with the discussion regarding the respective roles of federal, provincial, and territorial governments is the debate regarding the role of municipal government and regional health authorities in the provision of health care services. Roger Gibbins, for example, argues that because so much of the creative policy-making in health care reform occurs at the local level, we can expect in the years to come "an intensified campaign for greater legislative scope, financial powers, and constitutional recognition" (Gibbins 1999, 210). This is indeed the crux of the problem: while local and regional health authorities design and implement the detailed substance of health care services (and take first responsibility for the policy choices they make), they have little to no tax base or constitutional authority in which to work. There has been some speculation that this imbalance of responsibility and power has allowed provincial governments to offload some of the less politically-popular policy decisions to local decision-making bodies, echoing the strategy of federal cost containment throughout the 1990s (see, eg, Fierlbeck 1997).

There is in fact an increasingly emphatic political drive by large municipalities to increase both their legislative power and their financial capacity. In a brief to the Prime Minister's Caucus Task Force on Urban Issues, the Federation of Canadian Municipalities argued that

> Canadian politics is defined principally by a divisive federal/provincial dynamic driven heavily by partisan issues. Structural realities dictate that the federal/provincial equation will never be easy. But when partisan interest is added, this natural tension can become debilitating conflict and confrontation. In contrast, municipal governments are non-partisan, focused generally on practical outcomes and the delivery of services to citizens (Federation of Canadian Municipalities 2002, 6)

In a similar vein, the "Big City" mayors have argued the case for a charter that would give cities "powers and resources that match their responsibilities" (Canada's Cities 2001, 1); it is interesting though that the political campaign for greater municipal powers has not been articulated within the context of health policy. Andrew Sancton concludes that there is insufficient political support at the municipal level to counter the control of provincial policy-makers and that, as long as this state of affairs continues, "municipalities will remain minor actors in the drama of Canadian federalism" (2002, 275).

Is there a good case for such a shift in power toward the local level in Canada? The answer is, unfortunately: we just do not know. The main reason for this is, as most observers concur, because the organization of local governance in health care varies "considerably in terms of structure and responsibilities;" thus, "it is very difficult to generalize about them" (Rasmussen 2001, 250). It is also very difficult to come to any clear analytical conclusions about them. There are, in the first place, competing ideological visions underlying the *raison d'être* of

decentralization: on the one hand, decentralization and regionalization are seen as a means of securing an inclusive and participatory public policy regime by facilitating individuals' involvement within particular policy jurisdictions. On the other hand, decentralization and regionalization are also viewed approvingly by proponents of a market-oriented delivery system (for more on this debate see Fierlbeck 1997; Tomblin 2002; and Taft and Steward 2000). The second issue is one of accountability: ought health care governance structures ultimately be responsible to a local population, or to the articulation of national standards? In the third place, as Tomblin notes, regionalization was never designed to deal with adjacent components of the health care system (such as the collegial and market spheres) which operated relatively autonomously: "the jury is still out," states Tomblin, "on whether regionalization was ever intended or designed to challenge the old bio-medical model" (2002, 19).

Moreover, the functions of regionalization are varied and potentially contradictory. There is, for example, the *integrative* function of regionalization, which focuses on moving health care delivery away from the traditional "smokestack" design and towards a more comprehensive system of provision (Rasmussen 2001). Then there is the *economic* function of regionalization, which attempts to achieve greater economies of scale in paying for health care services (e.g., the Council of Atlantic Premiers: see Tomblin 2002, 20). In addition, as previously noted, regionalization can contain a *political* agenda (either explicit or implicit) regarding the respective roles of the population, the market, and the state (Rocher and Rouillard, for example, argue that the move towards decentralization in Canadian federalism veils "another approach that seeks less to reform intergovernmental relations than to instill in the institutional framework a desire to see the State (provincial and federal) disengage from economic and social regulatory mechanisms" [1998, 233].)

The bottom line is that there is no clear conception of what regionalization is, what its functions are, how it operates, and what the implications are. And, despite the conservative and perhaps unsatisfactory nature of this conclusion, the best that can be suggested is that more formal information-gathering be conducted on the nature and potential of local and regional forms of government. The number of phenomena that "ought to be studied" regarding the Canadian health care system is admittedly exasperatingly high: the advantage of this, however, is that the information-gathering mechanisms which can administer such studies are essentially already in place. A substantial comparative study investigating the qualitative and quantitative dynamics of health care regionalization is essential before any clear policy proposals can with confidence be articulated. Pilot projects under provincial jurisdiction could then be established in order to test the viability of any perceived policy options based upon evidence collected in the larger survey.

Conclusion

The discussion of what roles senior governments should play in formulating health policy is bound most directly by constitutional jurisdiction; it must, however, be tempered by a recognition of what policy objectives are served, what governments are willing to do, and the motivations they have to do so. The advantage of a clear assignment of roles for federal and provincial governments in terms of health objectives is that accountability is more easily achieved: the ultimate responsibility for actions taken is clear. There is less buck-passing, finger-pointing, or gainsaying for policy failures, funding cuts, or simple mismanagement. Given the particular political and constitutional context of the Canadian health system, however, a clear autonomy of roles could also result in highly disparate provincial health care systems (if provinces were given increased capacity to tax) or acrimonious and unpredictable funding patterns (if Ottawa exercised more responsibility for funding provinces on its own terms). The advantage of mutual cooperation, on the other hand, is that it facilitates greater communication between parties over policy objectives and policy strategy. This approach, however, can lead to rancorous beggar-thy-neighbour practices or blame-shifting tendencies if mechanisms do not exist to mitigate differences of opinion or conflicting policy directions when they arise.

We may be entering into what Tuohy (1999) calls a "window of opportunity" in health policy formulation where the actors are either willing to change the rules of the game, or simply have no recourse to any more preferable alternatives. Changes in the federal role in setting health care policy have clearly not been consistent with changes in cost-sharing; relative levels of federal funding have dropped at the same time as Ottawa has, for various reasons, become more enthusiastic about its role as protector of national standards for a uniquely Canadian health care system. It is unwilling to pay the dollars required to play this role, but it seems equally unwilling to relinquish the role.

This paper has argued that one way forward may be to establish a compromise balancing the advantages of a clear assignment of responsibility with those of mutual cooperation, securing both accountability and stability. If Ottawa does not wish to commit the funds it needs to enforce the CHA to its satisfaction, it must use its legislative powers as its capital. It can agree to limits upon its autonomous spending power both in terms of scope and application in exchange for a formal and ongoing presence in health policy-making. It gains not only greater political control for less economic outlay, but also wins formal recognition for a power the constitutional status of which has never been completely accepted. Provinces may be willing to enter into such an agreement despite the formalization of a federal presence because of explicit and predictable limits upon federal activity combined with the capacity to receive funding for similar-but-distinct programs under a justiciable opting-out option.

This solution does, however, depend upon certain assumptions (that, e.g., provincial governments' objectives are largely consonant) which may rightfully be queried. It is also

contingent upon the particular manifestation of political dynamics (such as the relationship between departments of health and finance within discrete jurisdictions) which are technically not within the sphere of intergovernmental relations proper. It depends, most profoundly, upon the judgment of those who have the power to grasp such a window of opportunity and who have the acuity to recognize that while such a distribution of roles might not permit the best of all possible worlds it may, at the very least, avoid the worst.

One might also argue that the fact that such a trade-off builds upon the existing logic of the SUFA makes its possible implementation slightly more optimistic, as the basic form of the compromise is already set out. One might, however, argue that this recommendation is also too dependent upon the health of SUFA. The accord is coming to the end of its three-year agreement, and is currently being evaluated by the respective governments. Some governments are skeptical about its usefulness, and about the willingness of other governments to observe the spirit of the accord: if it is all about trust and collaboration, some might ask, then why did it take a year and a half to get a dispute resolution mechanism in place? Part of the problem in the evaluation process is that SUFA is in some important respects a counterfactual safeguard: for example, the provinces *would* be informed *were* Ottawa to introduce radical new changes to programs. Ottawa has not done so; and thus the utility of SUFA in its safeguard function is largely undetermined. Moreover, SUFA is relatively silent on the federal use of one-off, targeted funding initiatives: for instance, the September 2000 Primary Healthcare Fund has in some instances not been received by provincial governments due to federal-provincial disputes over the conditions attached to it. Thus provinces dislike targeted funding because it is too conditional and too short term (again undermining the predictability of long term health funding), while the federal government prefers such targeted programs because of their high public profile, limited financial liability, and detailed conditionality.

These are serious reservations, but they are not conclusive evidence that a compromise as sketched out in this paper could not work. The proposal suggested here is merely a possibility, not a foregone conclusion (nor even an easy sell). The demise of SUFA would surely make such a tradeoff less likely, as it would lessen even further the trust or goodwill between parties, and increase the perception that nothing but hard-nosed political realism can work in intergovernmental relations. But the idea of an explicitly-recognized federal spending power could nonetheless be broached again, whether SUFA survives or not; the desire for predictable funding patterns will always exist (especially in difficult economic times); and the public will most likely continue to press for intergovernmental accountability and transparency. Thus the elements to such a compromise will be with us for some time, even if SUFA is not.

Some might observe that the suggestions noted here are largely institutional, and give short shrift to a more sustained social and political analysis. Does this mean that the right institutional solution could end the intergovernmental disputes that characterize past and present political relations? Absolutely not. However, there are better and worse institutional contexts; and a

context in which confrontation is minimized goes a long way in improving, though not solving, intergovernmental political conflict. As the focus of this paper must of necessity be a very narrow institutional one, such measured social and political analysis must be found elsewhere (e.g., Maioni 1998 , O'Reilly 2001, Tuohy 1999).

Finally, one must (paradoxically) be wary also of successful intergovernmental collaboration insofar as this is frequently manifest as "executive federalism", a form of decision-making which is characterized by in-camera negotiation and decision-making between government officials. The issue here, as Smiley (1979) argued, is that transparency and accountability to the wider public is sacrificed in order to facilitate collaboration between governments. At this point, however, an overly-cozy intergovernmental relationship is not one of the most pressing issues to confront the Canadian health care system.

In sum, then, the institutional and policy changes suggested here are premised both on the need to achieve the long-term sustainability of a universally-accessible, publicly-funded health system *and* on the acknowledgment that governments make decisions with an eye to whether measures strengthen or disadvantage them vis-à-vis other political actors. Trade-offs may have to be made however unpalatable they may be either to the participants or to those preferring a model unsullied by political concessions. Compromise is a hallmark of politics writ large, not only of federalism; and if the only way forward is with a few sidesteps, it is nonetheless preferable to an unproductive status quo.

References

Adams, Duane. 2001a. Social Union Study of the Canadian Health System: Introduction and Overview, in Duane Adams, ed. *Federalism, Democracy, and Health Policy in Canada*. Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press, p. 1-16.

Adams, Duane. 2001b. Conclusions: Proposals for Advancing Federalism, Democracy, and Governance of the Canadian Health System, in *Federalism, Democracy, and Health Policy in Canada*, edited by Duane Adams. Montreal and Kingston: McGill-Queens University Press, p. 271-306.

Alberta. 2002. *The Premier's Advisory Council on Health* (The Mazankowki Report). January 2002.

Bégin, Monique. 2002. *Revisiting the Canada Health Act (1984): Impediment to Change?* Speech presented to the Institute for Research on Public Policy, Ottawa, 20 February 2002.

Boadway, Robin and Paul Hobson. 1993. *Intergovernmental Fiscal Relations in Canada* (Canadian Tax Paper #96). Toronto: Canadian Tax Foundation.

Brown, Douglas. 2002. Fiscal Federalism: The New Equilibrium between Equity and Efficiency, in *Canadian Federalism*, edited by Herman Bakvis and Grace Skogstad. Don Mills. Oxford University Press, p. 59-84.

Campbell, Robert. 1995. Federalism and Economic Policy, in *New Trends in Canadian Federalism*, edited by François Rocher and Miriam Smith. Peterborough, Broadview Press, p. 187-210.

Canada Senate. 2001. (The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science, and Technology). *The Health of Canadians: The Federal Role*, v. 4 (The Kirby Report).<http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-E/SOCI-E/rep-e/repintsep01-e.htm> (28 February 2002).

Canada's Cities. 21 October 2001. "Canada's Big City Mayors Launch Campaign to Give Urban Canada '21st Century' Powers," <http://www.canadascities.ca/news.htm> (18 April 2002).

Canadian Institute of Health Information. 1999. *National Health Expenditure Trends, 1975-1999.*

Centre for Research and Information on Canada. 1997. *Opinions on social programs*. (December-July)

Courchene, Thomas. 1994. *Social Canada in the Millennium: Reform Imperatives and Restructuring Principles*. Toronto: C.D. Howe Institute.

Courchene, Thomas. 1997. ACCESS: A Convention on the Canadian Economic and Social Systems, in *Assessing ACCESS: Towards a New Social Union.* Kingston: Institute of Intergovernmental Relations, p. 77-112.

Dufour, Christian. 2002. Restoring the Federal Principle: The Place of Quebec in the Social Union. *Policy Matters* 3(1), 1-26.

Federation of Canadian Municipalities. 2002. Brief to the Prime Minister's Caucus Task Force on Urban Issues, <http://www.fcm.ca/english/communications/presbrief.htm> (4 April 2002).

Fierlbeck, Katherine. 1997. Canadian Health Reform and the Politics of Decentralization, in *Health Policy Reform, National Variations, and Globalization*, edited by C.W. Altenstetter and J.W. Bjorkman. London, Macmillan, p. 17-38.

Fierlbeck, Katherine. 2001. Cost Containment in Health Care: The Federalism Context, in *Federalism, Democracy, and Health Policy in Canada*, edited by Duane Adams. Kingston and Montreal: McGill-Queen's University Press, p. 131-178.

Gagnon, Alain-G. and Can Erk. 2002. Legitimacy, Effectiveness, and Federalism: On the Benefits of Ambiguity, in *Canadian Federalism*, edited by Herman Bakvis and Grace Skogstad. Don Mills: Oxford University Press, p. 317-330.

Gibbins, Roger. 1997. Democratic Reservations about the ACCESS Models, in *Assessing ACCESS: Towards a New Social Union*. Kingston: Institute of International Relations, p. 41-44.

Gibbins, Roger. 1999. Taking Stock: Canadian Federalism and Its Constitutional Framework, in *How Ottawa Spends 1999-2000*, edited by Leslie Pal. Toronto, Oxford University Press, p. 197-220.

Kennett, Steven. 1998. *Securing the Social Union: A Commentary on the Decentralized Approach.* Kingston: Institute of Intergovernmental Relations.

Kroeger, Arthur. 2000. *The HRD Affair: Reflections on Accountability in Government*. Speech delivered to the Canadian Club of Ottawa, 12 December 2000.

Laghi, Brian. 25 January 2002. "Premiers threaten to act alone on health," *The Globe and Mail*, p. A1.

Lazar, Harvey. 2000a. The Social Union Framework Agreement and the Future of Fiscal Federalism, in *Canada – The State of the Federation 1999-2000: In Search of a New Mission Statement for Canadian Fiscal Federalism*, edited by Harvey Lazar. Kingston, Institute of Intergovernmental Relations.

Lazar, Harvey. 2000b. *The Social Union Framework Agreement: Lost Opportunity or New Beginning?* Kingston: Queen's University Working Paper 3.

Maioni, Antonia. 1998. *Parting at the Crossroads: The Emergence of Health Insurance in the United States and Canada*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Maioni, Antonia. 2000. *Assessing the Social Union Framework Agreement. Policy Options*, April 2000. 39-41.

Maioni, Antonia. 2002. Health Care in the New Millennium, in *Canadian Federalism*, edited by Herman Bakvis and Grace Skogstad. Don Mills: Oxford University Press, p. 87-104.

Maslove, Allan. 1992. Reconstructing Fiscal Federalism, in *How Ottawa Spends 1992-93: The Politics of Competitiveness*, edited by Frances Abele. Ottawa: Carleton University Press, p. 57-73.

Maslove, Allan. 1996. The Canada Health and Social Transfer: Forcing Issues, in *How Ottawa Spends 1996-1997*, edited by Gene Swimmer. Ottawa, Carleton University Press.

Mendelsohn, Matthew and John McLean. 2000. SUFA's Double Vision: Citizen Engagement and Intergovernmental Collaboration. *Policy Options*, April 23. 43-44.

Muszynski, Leon. 1995. Social Policy and Canadian Federalism: What Are the Pressures for Change?, in *New Trends in Canadian Federalism*, edited by François Rocher and Miriam Smith. Peterborough: Broadview Press, p. 288-318.

Noël, Alain. 2000. Without Quebec: Collaborative Federalism with a Footnote? *Policy Matters* 1(2), 1-26.

O'Reilly, Patricia. 2001. The Canadian Health System Landscape, in *Federalism, Democracy, and Health Policy in Canada*, edited by Duane Adams. Kingston and Montreal: McGill-Queen's University Press, p. 17-59.

Philips, Susan. 2001. SUFA and Citizen Engagement: Fake or Genuine Masterpiece? *Policy Matters* 2(7), 1-36.

Priest, Lisa. 4 April 2002. "Fund for medical machines buys lawn tractors," *The Globe and Mail*, p. A1.

Rasmussen, Ken. 2001. Regionalization and Collaborative Government: A New Direction for Health System Governance, in *Federalism, Democracy, and Health Policy in Canada*, edited by Duane Adams. Kingston and Montreal: McGill-Queen's University Press, p. 239-270.

Robson, William and Daniel Schwanen. 1999. The Social Union Agreement: Too Flawed to Last. *CD Howe Institute Backgrounder*, 8 February 1999, 1-5.

Rocher, François and Christian Rouillard. 1998. Déentralisation, subsidiarité et néo-liberalisme au Canada: lorsque l'arbre cache la forêt. *Canadian Public Policy* 24(2), 233-258.

Sancton, Andrew. 2002. Municipalities, Cities, and Globalization: Implications for Canadian Federalism, in *Canadian Federalism*, edited by Herman Bakvis and Grace Skogstad. Don Mills: Oxford University Press, p. 261-277.

Smiley, D.V. 1979. An Outsider's Observations of Intergovernmental Relations Among Consenting Adults," in *Consultation or Collaboration: Intergovernmental Relations in Canada Today*, edited by R. Simeon. Toronto: Institute of Public Administration.

Smith, Jennifer. 2002. Informal Constitutional Development: Change by Other Means, in *Canadian Federalism*, edited by Herman Bakvis and Grace Skogstad. Don Mills: Oxford University Press, p. 40-58.

Snoddon, Tracy. 1998. The Impact of the CHST on Interprovincial Redistribution in Canada. *Canadian Public Policy* 24(1), 49-70.

Sutherland, Sharon. 2001. *"Biggest Scandal in Canadian History: HRDC Audit Starts Probity War.* Queen's University School of Policy Studies, Working Paper 23.

Taft, Kevin and Gillian Steward. 2000. *Clear Answers: The Economics and Politics of For-Profit Medicine. Edmonton:* The University of Alberta Press.

Telford, Hamish. *N.d. The Federal Spending Power in Canada: Nation-Building or Nation-Destroying?* Institute of Intergovernmental Relations Working Paper.

Tomblin, Stephen. 2002. *Regionalization: Does It Really Matter?* Paper presented to the Dalhousie Law School, 1 March 2002.

Tuohy, Carolyn Hughes. 1999. *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada*. New York: Oxford University Press.

Vaillancourt, Yves. 2002. Le modèle québecois de politiques sociales et ses interfaces avec l'union sociale canadienne, in *Policy Matters* 3(2)

Watts, R.L. 1999. *The Spending Power in Federal Systems*. Kingston. Institute of Intergovernmental Relations.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 15

Augmenter la mise ? Financement public et contrôle de la politique des soins de santé

par
Katherine Fierlbeck
Université Dalhousie

août 2002

N° de catalogue CP32-79/15-2002F-IN

ISBN 0-662-87715-2

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles du ou des auteurs, toutes ces études furent soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants iv

Sommaire v

Introduction 1

Le contexte institutionnel 3
Établir une politique en matière de soins de santé : rôles actuels 7

Suggestions favorisant le changement : le statu quo version améliorée 9
Un pas vers la prévisibilité et la stabilité 10
Viser l'obligation de rendre compte et la transparence 17

Autres ordres de gouvernement 20

Conclusion 23

Bibliographie 26

Points saillants

- Il se peut, en ce qui concerne la politique en matière de santé, que nous ayons entamé une nouvelle période propice : le gouvernement fédéral témoigne d'un plus grand enthousiasme à l'égard de son rôle de protecteur de la *Loi canadienne sur la santé*, mais il n'est pas disposé à dépenser les sommes nécessaires pour jouer ce rôle avec efficacité. Si Ottawa ne veut pas engager les fonds qu'il faut pour appliquer la loi à sa satisfaction, il doit utiliser ses pouvoirs législatifs comme un avantage politique.

- Le cœur du dilemme est le suivant : une répartition claire des rôles en matière de politiques sur la santé parmi les ordres de gouvernement donne lieu à des systèmes beaucoup plus transparents, mais cela peut aussi exacerber l'instabilité du système dans la mesure où des gouvernements autonomes peuvent décider de poursuivre des objectifs indépendants qui désavantagent d'autres gouvernements. Un système de compétence partagée peut faciliter la communication, mais aussi exacerber les problèmes liés à la reddition de comptes.

- Une approche possible est pour le gouvernement fédéral de s'engager avec les provinces et les territoires à respecter un ensemble de règles de procédure exécutoires concernant l'administration et le financement à long terme des soins de santé. Ottawa renonce à une certaine souplesse, mais il acquiert une plus grande reconnaissance de son pouvoir de dépenser et, fait important, il est en mesure de conserver un plus grand contrôle sur les normes nationales en matière de soins de santé, tout en dépensant moins à cet égard. Pour leur part, les provinces acceptent une certaine présence fédérale (officielle) dans le domaine des soins de santé, mais elles obtiennent un financement prévisible et stable des soins de santé, le recours à un mécanisme de règlement des différends et des limites claires sur les actions fédérales.

- En contrepartie, il y aurait des dispositions précises portant sur la consultation et le traitement équitable parmi les gouvernements (comme celles prévues à l'article 5 de l'Entente-cadre sur l'union sociale), une formule de retrait officielle concernant les programmes de transfert et les programmes de financement, une reconnaissance explicite du pouvoir de dépenser fédéral, l'établissement d'un « conseil de la santé » qui coordonne sur une base continue l'activité intergouvernementale en santé, une entente de la part des deux ordres de gouvernement de faire rapport à leurs électeurs et l'un à l'autre sur les résultats aussi bien que sur les activités des programmes de santé selon un ensemble uniformisé de processus et d'indicateurs.

Sommaire

Comme telles, les discussions sur « l'influence fédérale accrue » et « l'accroissement de l'autonomie des provinces » sont contre-indiquées et désuètes : étant donné le contexte politique, juridique et économique du système des soins de santé contemporain au Canada, il est plus utile de se pencher sur les cas où le gouvernement fédéral devrait avoir une plus grande influence, où les provinces devraient avoir une plus grande présence, où une plus grande collaboration est essentielle (et viable) et où la prise de mesures indépendantes par les gouvernements respectifs est appropriée.

Les changements dans le rôle fédéral au cours des 30 dernières années n'ont pas suivi les changements dans les arrangements de partage des coûts et autres arrangements financiers. Le financement fédéral versé aux provinces a considérablement diminué par rapport à ce qu'il était au moment de l'établissement du système national de soins de santé, lorsqu'il atteignait 50 %. Pourtant, depuis deux décennies, le gouvernement fédéral se préoccupe plus, et non moins, de son rôle dans le maintien des principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Ce déséquilibre a obligé Ottawa à cibler davantage son influence et, de plus en plus, à faire des compromis sur ses pouvoirs législatifs plutôt qu'à simplement se servir de son influence économique.

Le cœur du dilemme est le suivant : une répartition claire des rôles en matière de politiques sur la santé parmi les ordres de gouvernement donne lieu à des systèmes beaucoup plus transparents, mais cela peut aussi exacerber l'instabilité du système dans la mesure où des gouvernements autonomes peuvent décider de poursuivre des objectifs indépendants qui désavantagent d'autres gouvernements. Un système de compétence partagée peut faciliter la communication, mais aussi exacerber les problèmes liés à la reddition de comptes. Toute réorientation dans les relations entre les gouvernements doit donc viser un certain équilibre entre *la prévisibilité et la stabilité* d'une part, et *la reddition de comptes et la transparence* d'autre part. Toute modification du statu quo nécessitera aussi un compromis politique de la part des deux ordres de gouvernement.

Il se peut, en ce qui concerne la politique en matière de santé, que nous ayons entamé une période propice durant laquelle le gouvernement fédéral témoigne d'un plus grand enthousiasme à l'égard de son rôle de protecteur de la *Loi canadienne sur la santé*, mais il n'est pas disposé à dépenser les sommes nécessaires pour jouer ce rôle avec efficacité. Si Ottawa ne veut pas engager les fonds qu'il faut pour appliquer la loi à sa satisfaction, il doit utiliser ses pouvoirs législatifs comme un avantage politique. Un arrangement possible serait pour Ottawa de consentir à des limites précises sur la portée et la nature de son pouvoir de dépenser. Il renonce ainsi à une certaine souplesse, mais il acquiert une plus grande reconnaissance de son pouvoir de dépenser et, fait important, il est en mesure de conserver un plus grand contrôle sur les normes nationales en matière de soins de santé, tout en dépensant moins à cet égard que les gouvernements provinciaux

(et beaucoup moins, toutes proportions gardées, qu'auparavant). Pour leur part, les provinces acceptent une certaine présence fédérale permanente dans le domaine des soins de santé, mais elles obtiennent un financement prévisible et stable, le recours à un mécanisme de règlement des différends et des limites claires sur les actions fédérales.

Un tel système pourrait s'inspirer de l'actuelle Entente-cadre sur l'union sociale. Le point de départ consiste à maintenir les dispositions portant sur la consultation et le traitement équitable parmi les gouvernements prévues à l'article 5 de l'entente-cadre. Les prochaines étapes seraient l'établissement d'une formule de retrait acceptable concernant les programmes de transfert et les programmes de financement, et l'officialisation du pouvoir de dépenser fédéral. Une formule de retrait a d'importantes répercussions sur l'élargissement des relations entre le Canada et le Québec et est en accord avec les récentes discussions tenues sur les modifications constitutionnelles. Une telle option comporterait certainement des conditions, mais elle laisserait plus de place qu'à l'heure actuelle à des objectifs stratégiques provinciaux particuliers. Malgré les objections à l'idée d'un pouvoir de dépenser fédéral officialisé, il n'en demeure pas moins que le principe est déjà enchâssé dans structure des relations intergouvernementales au Canada. Reconnaître de manière explicite le pouvoir de dépenser fédéral peut s'avérer un moyen relativement peu coûteux pour les provinces d'atteindre d'autres objectifs (y compris la faculté de retrait et un mécanisme exécutoire de règlement des différends). Le pouvoir de dépenser fédéral a aussi son importance sur le plan stratégique, puisqu'il demeure l'instrument le plus puissant à la disposition du gouvernement fédéral pour regrouper des points de vue disparates dans un système de santé national apte à fonctionner, et il est essentiel pour contrebalancer certaines des dispositions permettant une influence provinciale plus forte sur la politique nationale en matière de santé.

Le rôle fédéral dans le domaine de la recherche et de l'évaluation pourrait être grandement élargi, surtout dans son soutien de programmes pilotes innovateurs et dans la recherche publique en santé. Une collaboration accrue entre les gouvernements est utile tant sur le plan de l'infrastructure technologique et informationnelle des soins de santé que pour la planification à long terme des ressources humaines en santé. Les deux ordres de gouvernement devraient officiellement faire rapport à leurs électeurs et l'un à l'autre sur les résultats aussi bien que sur les activités des programmes de santé selon un ensemble uniformisé de processus et d'indicateurs. La mise en place d'un système de reddition de comptes plus efficace servirait mieux le système de santé. S'attendre dans une trop grande mesure à ce que le « grand public » exerce un rôle de chien de garde des soins de santé n'est pas approprié. Un « Conseil canadien de la santé » serait un moyen d'atteindre un tel niveau de reddition de comptes.

Enfin, malgré des demandes politiques d'organismes locaux ou régionaux qui cherchent à obtenir une capacité accrue en matière législative et fiscale, les preuves empiriques sont insuffisantes à l'heure actuelle pour soutenir un mouvement institutionnalisé dans une telle direction. Les structures de gouverne locales et régionales des soins de santé sont tout simplement

trop disparates pour permettre de tirer des conclusions analytiques claires sur les bonheurs d'une décentralisation accrue. Il y a toutefois suffisamment de preuves anecdotiques à l'appui d'une étude comparative poussée visant à examiner la dynamique qualitative et quantitative de la régionalisation des soins de santé.

Bien que les soins de santé comme tels ne soient pas encore sérieusement en péril, leur gouvernance l'est. Le mécanisme de collaboration et de partenariat gouvernemental entre le fédéral et le provincial est devenu tout à fait dysfonctionnel. (traduction libre)

L'honorable Monique Bégin, lors d'un discours prononcé à l'Institut de recherche en politiques publiques le 20 février 2002.

Introduction

Deux questions fondamentales alimentent les relations entre gouvernements en matière de soins de santé : Quels changements sont souhaitables? Comment est-il possible, sur le plan politique, d'en arriver à de tels changements? L'objectif des soins de santé publics au Canada est, bien entendu, d'assurer la santé de la population canadienne. Toutefois, les patients sont aussi des contribuables et des citoyens et, de ce fait, ont souvent des attentes contradictoires. Ainsi, il n'est pas vraiment utile de dire que le rôle du gouvernement doit être structuré selon la voix du peuple, car la démocratie est cacophonique : savoir *quelles* voix seront entendues est au cœur même de la politique démocratique et cela ne permet pas nécessairement de fournir des assises claires en matière de politique publique. De plus, tout changement dans les relations entre gouvernements doit être abordé dans un contexte relativement fermé. D'abord, tout changement doit bien évidemment être conforme à la Constitution canadienne. Ensuite, dans le véritable esprit canadien, on doit reconnaître la convention politique et les exigences constitutionnelles. Puis, toute discussion sur la gestion des soins de santé doit tenir compte des contraintes financières et des questions d'efficacité économique : compte tenu de l'accent que mettent actuellement les gouvernements sur la limitation des coûts et la « saine gestion budgétaire », toute solution possible doit être vue comme abordable, aussi subjective que cette notion puisse être. Enfin, toute solution au problème de distribution adéquate des rôles dépend également de la volonté des gouvernements de changer les choses. Dans le domaine des soins de santé, plus particulièrement, il y a autonomie politique (tant *de facto* que *de jure*), et le désir de changement doit finalement s'exprimer au sein de chaque unité.

La présente étude soutient la thèse qu'un changement est nécessaire dans les relations entre le fédéral et les provinces en matière de santé; que ce changement est opportun; et que chaque ordre de gouvernement peut être amené à apporter ces changements. Cette étude avance également que nous devons viser l'équilibre entre la participation du fédéral et l'autonomie provinciale. Le changement est nécessaire en raison des coûts actuels des soins de santé, de la complexité du maintien d'un « système » de soins de santé moderne et de la sensibilisation et des attentes des personnes pour qui ce système a été mis en place. Cette étude soutient que nous connaissons actuellement une période propice pour l'amélioration du contexte institutionnel des relations intergouvernementales dans le domaine de la santé. Le défi est donc de profiter de la souplesse et de l'innovation que procure un système fédéral sans succomber à la dynamique du chacun pour soi qui peut également découler de tels systèmes. Défendre l'idée d' « une plus grande

participation du fédéral » ou encore d' « une plus grande autonomie provinciale » dans le domaine des soins de santé n'est pas, en soi, une réponse utile à la redéfinition des rôles respectifs de chaque ordre de gouvernement. Cette étude montre plutôt qu'Ottawa doit explicitement accepter les provinces comme partenaires à part entière dans le domaine des soins de santé et se tourner vers des règlements contraignants quant à leur administration à long terme et leur financement. Pour leur part, les provinces doivent absolument accepter une certaine présence fédérale permanente et officielle dans le domaine des soins de santé, mais elles obtiennent ainsi un financement prévisible et stable, le recours à un mécanisme de règlement des différends et des limites claires sur les actions fédérales; le fédéral est donc plus en mesure de faire respecter les principes de la *Loi canadienne sur la santé* et l'obligation de rendre compte des provinces.

La première section de cette étude traite de la distribution constitutionnelle des pouvoirs, qui gêne les relations intergouvernementales dans le domaine des soins de santé, en plus d'expliquer l'évolution du financement fédéral en santé depuis la création du « système » canadien de soins de santé. La section suivante aborde plus en détail les moyens d'atteindre la prévisibilité et la responsabilisation de façon réaliste dans un contexte intergouvernemental extrêmement politisé, tandis que la dernière section explique brièvement quel rôle devraient jouer, le cas échéant, les administrations régionales et municipales.

Le contexte institutionnel

Trois types de pouvoirs constitutionnels distincts forment au Canada le pacte fiscal qui détermine et régit la politique publique : ce sont les pouvoirs de réglementation, de dépense et d'imposition. Dans le domaine des soins de santé, la *Loi constitutionnelle de 1867* délègue clairement les compétences en termes d'hôpitaux [paragraphe 92(7)] et de « matières d'une nature purement locale ou privée » [92(16)] aux provinces. Cette disposition a toutefois été contrebalancée par l'évolution du pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral, qui fait plus précisément référence au « pouvoir du Parlement de verser des fonds aux gens, aux établissements ou aux gouvernements provinciaux dans des domaines où il n'a pas nécessairement le pouvoir de légiférer, dont, entre autres, dans les domaines de compétence législative strictement provinciale » (traduction libre; Watts, 1999, 1). Bien que ce pouvoir de dépenser ne soit pas expressément détaillé dans la *Loi constitutionnelle de 1867*, la cour a statué que d'autres articles de la Constitution impliquent que le gouvernement fédéral peut dépenser dans n'importe quel domaine tant que cela n'équivaut pas à un « système de réglementation » dans un domaine normalement de compétence provinciale. Le fait que le pouvoir de dépenser ne soit pas expressément reconnu dans la Constitution peut sembler plutôt hors de propos, compte tenu du soutien judiciaire à son recours, mais, comme nous le verrons un peu plus loin, il s'agit néanmoins d'un facteur important dans les négociations entre gouvernements quant à la délégation des rôles dans le domaine de la santé.

Le troisième type de pouvoir constitutionnel est bien entendu le pouvoir d'imposition dont bénéficient les deux ordres supérieurs de gouvernement. Comme l'ont souligné Watts (1999) et Brown (2002), le Canada se distingue considérablement des autres États fédérés en raison de la capacité très importante des provinces d'amasser des fonds pour les dépenser dans leurs champs de compétence. Cela donne beaucoup plus d'indépendance aux provinces, par rapport au gouvernement fédéral, que n'en ont les entités aux compétences équivalentes d'autres États fédérés, bien que, paradoxalement, cette indépendance force les deux ordres de gouvernement à travailler en collaboration plus étroite afin d'harmoniser leur système d'imposition respectif. Le libellé actuel de la Constitution a donc pour résultat final de permettre à la fois une plus grande décentralisation (soit la capacité accrue d'imposition des provinces) *et* une plus grande centralisation (soit la reconnaissance *de facto* du pouvoir de dépenser continu du fédéral, ainsi que l'expression d'un engagement envers l'amoindrissement des disparités régionales). Ottawa bénéficie également d'outils juridiques indirects ou flous (comme la disposition sur la paix, l'ordre et le bon gouvernement du Canada) qu'il peut en principe invoquer, bien qu'il ne s'agisse pas de fondements suffisamment pertinents pour établir de nouvelles dispositions majeures dans le domaine des soins de santé (contrairement à une loi très précise dans un domaine très circonscrit).

À quel point le pouvoir de dépenser du fédéral est-il important? Et jusqu'à quel point peut-il influer sur la restructuration des soins de santé? Les évaluations sont diverses, bien que la réponse semble grandement dépendre du contexte économique et politique du moment. Certains,

comme Muszynski, affirment que le pouvoir de dépenser s'est « très étiolé en raison des conditions économiques, du déficit et de la dette, et de l'émergence d'attitudes plus conservatrices par rapport à la politique sociale » (traduction libre; 1995, 289). Toutefois, d'autres ont attribué à ces mêmes conditions un effet constructif sur le contrôle fédéral quand on tient compte des pouvoirs d'imposition fédéraux plus larges. C'est le cas, entre autres, de Campbell, qui a écrit : « [...] si l'orientation néo-conservatrice de la politique économique persiste, tant du point de vue des objectifs du marché que du contrôle de l'inflation et du déficit actif sur le premier plan, le gouvernement fédéral demeurera à la tête de la gestion économique » (traduction libre; 1995, 209). Il est cependant clair que la capacité d'Ottawa d'influer directement sur la structure des soins de santé nationaux dépend d'abord de deux facteurs : la somme que le gouvernement fédéral peut dépenser et les limites précises de ce pouvoir telles que négociées par les gouvernements fédéral et provinciaux (comme celles stipulées dans les défunts accords du lac Meech et de Charlottetown, ainsi que dans l'Entente-cadre sur l'union sociale). Nous verrons cela plus en détail un peu plus loin.

L'évolution des dépenses du fédéral dans les soins de santé peut être divisée en cinq grandes périodes, chacune étant définie par l'introduction d'une législation fédérale majeure : la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, 1957* (AHSD); la *Loi sur le financement des programmes établis, 1977* (LFPE); la *Loi canadienne sur la santé, 1984* (LCS); le *Règlement sur le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, 1996* (TCSPS); et l'*Entente-cadre sur l'union sociale, 1999* (ECUS). D'un point de vue historique, on peut noter que, avec chacune de ces législations, le gouvernement fédéral oscille entre le désir d'influer sur la nature même des soins de santé (AHSD, LSC et ECUS) et la simple tentative de limitation des coûts (LFPE, TCSPS).

La première période de subventions conditionnelles et à frais partagés a ouvert la voie en 1977 à un modèle de subventions globales accordées selon le nombre d'habitants. Les augmentations du financement selon ce calcul n'étaient plus basées sur les dépenses provinciales, mais sur le taux de croissance du PNB. Cette mesure n'a pas seulement réduit les coûts du fédéral, elle a également permis à Ottawa de se sortir d'une situation où ses propres dépenses dépendaient des décisions stratégiques des provinces. Mais, au bout du compte, la LFPE a entraîné encore plus de tension entre les gouvernements (Maslove, 1992, 59). De plus, l'absence de tout mécanisme obligeant les provinces à dépenser dans des secteurs précis était amplifiée par l'environnement socioéconomique du moment; en outre, agissant surtout à l'instigation du NPD, Ottawa était de plus en plus amené, dès 1979, à remédier à l' « étiolement de l'assurance-maladie » (Bégin, 2002, 2). En 1984, on déposait le projet de loi C-3 (devenu la *Loi canadienne sur la santé*) afin d'éliminer (ou du moins de décourager) la surfacturation et les frais modérateurs en pénalisant les provinces exigeant ces frais par la déduction de la somme équivalente du financement fédéral. L'adhésion à cette loi par les provinces était volontaire, mais le plein financement fédéral était conditionnel au respect de ces principes. Dès 1987, la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs avaient largement cessé.

Pourtant, la LFPE demeurait très problématique. Les provinces ont rétorqué que le gouvernement fédéral ne s'acquittait pas de sa part du fardeau, tandis qu'Ottawa a astucieusement admis que son transfert de points d'impôt augmentait le revenu des provinces au détriment du transfert de fonds résiduel du fédéral : n'étant plus en position dominante, le fédéral ne pouvait tout simplement plus s'imposer. De plus, il n'était pas satisfait du peu de visibilité que lui apportaient ses dépenses, tandis que les provinces protestaient que le pouvoir de dépenser d'Ottawa minait la stabilité et la prévisibilité du financement de deux des programmes provinciaux les plus coûteux (*ibid.*, 61).

En avril 1995, la LFPE a été remplacée unilatéralement, et sans consultation intergouvernementale, par le TCSPS. Émanant directement du ministère des Finances, le TCSPS a généralement été perçu comme une stratégie permettant de réduire les dépenses du fédéral ainsi que son déficit. Mais, bien que le TCSPS ait atteint son objectif premier, soit réduire la pression budgétaire sur Ottawa, il n'a pas réussi à remédier au problème important que posait manifestement la LFPE : le gouvernement fédéral n'en tirait pas suffisamment d'influence financière pour exiger le respect des principes de la LCS par les provinces. La dernière période d'évolution dans les relations fédérales-provinciales dans le domaine des soins de santé a quant à elle commencé en février 1999 avec la ratification partielle de l'ECUS.

L'ECUS exige plus explicitement qu'Ottawa consulte les provinces par rapport à tout changement aux subventions conditionnelles globales ou aux programmes de frais partagés et qu'il fournisse un préavis aux provinces concernant toute disposition liée à un nouveau transfert social; qu'il permette une certaine forme de retrait des activités nationales financées conjointement par la majorité des provinces; puis qu'il donne au moins trois mois d'avis aux provinces (et propose de les consulter) quant aux transferts *directs*. L'ECUS exige également des mécanismes d'accès et de consultation publique à grande échelle; prévoit le soutien des principes existants de l'assurance-maladie; traite du besoin d'une étude conjointe; et explique le besoin de mécanismes de prévention et de règlement des différends. L'évaluation qu'on fait de l'ECUS est mitigée. Maioni, par exemple, avance que l'ECUS « n'a pas vraiment mis l'accent sur le véritable débat politique concernant deux questions non résolues, mais cruciales dans le domaine de la santé : Qui doit établir les règles dans le domaine des soins de santé? Quelles devraient être ces règles? » (traduction libre; 2000, 39). En revanche, Lazar est, malgré ses réserves, un peu plus optimiste; selon lui, s'il y a une volonté politique de travailler dans le cadre de l'entente : « elle [l'Entente-cadre] pourrait s'avérer une innovation majeure dans les rouages du fédéralisme, annonçant une ère de collaboration, de respect mutuel entre les ordres de gouvernement et une approche plus cohérente et systématique quant à l'élaboration des politiques » (traduction libre; 2000a, 100).

Bien que l'on devine assez facilement l'allocation des fonds fédéraux-provincaux, le rôle joué par chacun des gouvernements (ou que l'on s'attend à ce qu'ils jouent) ne bénéficie pas de la même clarté. Cela est en grande partie dû au sens ambivalent du mot « clarté » : si la clarté est

définie à la manière catégorique d'Occam, la période délimitée par l'AHSD de 1957 et la *Medical Care Insurance Act* (Loi sur l'assurance-maladie de la Saskatchewan) de 1966 est d'une clarté désarmante tellement elle est simple. Cet accord, il va de soi, établissait que le gouvernement fédéral acquitterait la moitié des coûts des régimes d'assurance-maladie provinciaux, en autant que les provinces respectent les conditions d'intégralité, d'universalité, de transférabilité et d'administration publique (la notion d'accessibilité ayant été ajoutée en 1984 seulement). Il y a toutefois un problème : la nature politique des soins de santé s'est accentuée avec le temps. Non seulement les coûts de prestation des soins ont augmenté, mais le maintien des soins de santé public a graduellement été perçu, plus particulièrement à Ottawa, comme une forme de capital politique, voyant l'appui de la population envers le régime d'assurance-maladie comme une forme de levier politique par rapport aux gouvernements provinciaux. Cette situation a entraîné les décisions budgétaires difficiles qu'ont dû prendre les provinces qui, en 2000, allouaient au moins un tiers de leurs dépenses *totales* aux soins de santé (l'Ontario, par exemple, a accordé près de 40 % de ses dépenses totales à la santé en 1999 : voir ICIS, 1999, tableau B.4.4). Voyant les enjeux politiques s'accentuer, les deux ordres de gouvernement ont voulu tirer davantage de leurs rôles (c'est-à-dire maximiser leur influence tout en diminuant leurs coûts). Ainsi, des documents de plus en plus complexes (LCS et ECUS) ont essayé d'expliquer le rôle de chacun : si la clarté est alors devenue synonyme du nombre de détails plutôt que du degré de simplicité, le régime actuel est celui qui présente le mieux les droits et obligations de chaque gouvernement.

Dans ce cas, l'évolution du rôle du fédéral au cours des trente dernières années s'est-elle alignée sur les changements apportés dans le partage des frais et les autres accords fiscaux? À première vue, non. Le niveau de financement actuel du fédéral, variant de 14 à 16 %, est bien inférieur aux 50 % qu'il accordait aux provinces pour l'acquittement des principaux services de santé (médecins et hôpitaux) à la création du système de soins de santé national. Et pourtant, ces vingt dernières années, le gouvernement fédéral s'est inquiété non pas moins, mais plus de son rôle dans le maintien des principes de la LCS. La LFPE était en grande partie responsable de ce déséquilibre, car elle était non seulement responsable d'une baisse des fonds fédéraux remis aux provinces, mais aussi du transfert de points d'impôts à celles-ci. Monique Bégin écrit que, a posteriori, la LFPE a en quelque sorte été « une erreur, peut-être inévitable en cette décennie d'autonomie provinciale ». Elle précise toutefois que « les transferts de points d'impôt constituent une capacité d'imposition perdue à jamais et ne donnent aucun pouvoir d'application quel qu'il soit. Nous devrions donc arrêter d'en parler » (traduction libre; Bégin, 2002, 5). Il n'est donc pas surprenant que la LFPE ait été promulguée bien avant qu'Ottawa ne se rende compte du capital politique (sombré dans l'oubli) se rattachant au rôle de protecteur du régime national d'assurance-maladie. Il est toutefois intéressant de noter que ce déséquilibre a obligé le gouvernement fédéral à utiliser son influence de façon plus circonscrite au lieu de se fier à son important poids économique. Et cette approche est certes plus prometteuse (voir ci-dessous).

Nous assistons actuellement à la reconnaissance, par Ottawa, tout d'abord du très grand soutien populaire manifesté envers son rôle de protecteur de l'assurance-maladie (d'ailleurs,

aucun parti politique fédéral n'a, au cours des dernières élections, milité en faveur de l'élimination de la LCS), puis du fait que forcer les provinces à respecter la LCS ne peut se faire strictement sur le plan économique. La stratégie actuelle est donc un changement de cap législatif, Ottawa montrant désormais une certaine ouverture par rapport à l'amoindrissement de son pouvoir de dépenser en échange de la concrétisation d'objectifs politiques précis (comme une entente sur la LCS). Bien que, ces trente dernières années, l'évolution du rôle du fédéral n'ait pas du tout reflété les changements apportés au partage des frais, nous avons eu des signes d'approches plus sophistiquées et nuancées, moins axées sur l'influence économique que sur une stratégie politique de concessions mutuelles, ce que nous verrons en détail ci-dessous.

Établir une politique en matière de soins de santé : rôles actuels

C'est dans le rapport d'étape du quatrième volume du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (aussi appelé le Rapport Kirby) que l'on trouve l'une des meilleures descriptions des différents rôles qu'a joués le gouvernement fédéral dans l'établissement de la politique en matière de soins de santé. Le rapport dresse la liste de cinq rôles distinctifs que joue le fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé, soit :

i. le *financement*, c'est-à-dire le transfert de fonds pour la prestation de services de santé gérés par d'autres administrations;

ii. la *recherche et l'évaluation*, ce qui comprend le financement de la recherche innovatrice dans le domaine de la santé et l'évaluation des projets pilotes innovateurs;

iii. l'*infrastructure*, soit le soutien de l'infrastructure des soins de santé et de l'infostructure de la santé, notamment des ressources humaines;

iv. la *santé de la population*, axée sur la protection et la promotion de la santé et du mieux-être de la population et la prévention des maladies;

v. la *prestation de services*, qui vise essentiellement la prestation directe de services de santé à certains segments de la population (Sénat canadien, 2001, chapitre 3).

Bien qu'il n'en soit pas question dans le rapport, les rôles du *provincial* dans le domaine de la santé et des soins de santé peuvent également être divisés de la même façon, bien que la portée et la nature des activités provinciales au sein de chaque secteur soient, bien entendu, dans de nombreux cas, assez différentes de celles du fédéral (d'ailleurs, les différences entre les provinces sont, elles aussi, bien souvent marquées). La distribution des rôles, selon le rapport d'étape de la Commission Kirby, est particulièrement utile quand il est question du financement direct des

provinces (et des territoires), puisqu'elle nous rappelle que ce n'est pas le seul rôle que peut jouer le gouvernement fédéral, en raison des limites constitutionnelles. Il est vrai que l'influence d'Ottawa est grandement limitée par la somme du financement qu'il choisit d'allouer à la santé. Toutefois, il dispose d'une certaine marge de manœuvre quant à l'allocation précise de ces fonds.

Suggestions favorisant le changement : le statu quo version améliorée

Lorsque l'on se demande quels objectifs du système de santé bénéficieraient de changements aux rôles des ordres supérieurs de gouvernement, on doit d'abord se demander *quels* sont les objectifs que l'on doit promouvoir. Le mandat de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada est probablement la meilleure illustration de l'opinion la plus répandue au pays actuellement, soit : « assurer à long terme la viabilité d'un système de soins de santé universellement accessible et financé sur les deniers publics, offrant des services de qualité aux Canadiens et réalisant un équilibre convenable entre les investissements visant la prévention des maladies et le maintien de la santé, d'une part, et ceux visant les soins et le traitement des maladies, d'autre part ». Il y a deux façons de concrétiser ce mandat du point de vue intergouvernemental : d'abord, il est essentiel d'en venir à un contexte de stabilité et de prévisibilité accrues pour le système de normes nationales mentionné ci-dessus. Un certain nombre des problèmes qu'éprouve le système de soins de santé canadien ne sont pas causés par la structure des politiques en matière de santé, mais plutôt par leur contexte politique fédéral. Si l'on pouvait établir un plus grand sens de but commun et de confiance entre les gouvernements, il est probable que l'on pourrait réaliser la première série d'objectifs plus rapidement. La compréhension mutuelle et la confiance ne surgissent cependant pas d'une simple demande constante : il doit y avoir une série de changements institutionnels précis afin de faciliter une telle évolution comportementale. La deuxième façon de promouvoir et de protéger un système comme celui-ci serait de développer une responsabilisation soutenue et évidente entre les gouvernements (ainsi qu'au sein du système). En plus d'être manifestement des qualités démocratiques actuellement perçues comme souhaitables en soi et dans l'application du régime, l'obligation de rendre compte et la transparence s'avèrent aussi inestimables pour en arriver au sens du but commun mentionné précédemment (car il est tout simplement plus facile de faire confiance à d'autres parties quand leurs actions sont prévisibles et empreintes de transparence).

Ainsi, comment pouvons-nous atteindre de tels objectifs? Il ne faut surtout pas oublier que, contrairement aux discussions sur la « réforme des soins de santé » comme telles, la question des rôles intergouvernementaux est caractérisée par la division institutionnelle des pouvoirs (précisée plus haut), que l'on doit admettre et respecter avant d'entamer toute discussion sur la réforme. On ne peut en venir à des solutions par l'intermédiaire d'un simple décret gouvernemental : c'est d'ailleurs là la principale *cause* des derniers désaccords intergouvernementaux. Ainsi, la seule méthode que l'on peut vraiment adopter pour approcher ce problème est le compromis; et, dans toute tentative d'aller de l'avant, toutes les parties doivent accepter le risque d'une certaine insatisfaction. « Si ce qui "fonctionne" sur le plan politique entraîne des tensions intergouvernementales insoutenables qui viennent gâcher d'autres relations ou qui vont clairement à l'encontre de la division constitutionnelle des pouvoirs, ou encore qui marginalisent les rôles omis des législateurs et des citoyens, la capacité même de la politique sociale à tisser et resserrer

les liens qui unissent les Canadiens les uns aux autres est compromise » (traduction libre; Adams, 2001a, 6).

Un pas vers la prévisibilité et la stabilité

Une série de règles de procédure précises s'appliquant aux acteurs politiques (ainsi qu'une explication claire des conséquences du non-respect de ces règles) constitue la composante la plus importante d'une relation de travail stable et prévisible entre les gouvernements, tant sur le plan national qu'international. L'ECUS est un pas important dans la bonne direction, car elle insiste sur la procédure autant que sur une acception qui vise davantage le fond. La confiance est absolument nécessaire à l'accomplissement de tout progrès dans un système administratif commun; comme l'a dit Lazar : « avec de la confiance, l'ECUS survivra aux ouragans ponctuels occasionnés par les changements de gouvernement, les personnalités irritables et les secousses externes. Sans cette confiance, l'ECUS ne sera qu'un post-scriptum de l'histoire canadienne » (traduction libre; 2000b, 12). Pour obtenir cette confiance, on doit changer la gouvernance du système de soins de santé avec prudence et de façon unanime. Cette stratégie est difficile à accepter si l'on tient compte du fait que les stratégies les plus efficaces sont celles qui sont imposées de façon globale, et que les concessions politiques mutuelles se traduisent simplement, pour le processus d'élaboration de politiques, par un compromis édulcoré de second recours. Il y a probablement beaucoup d'exemples permettant d'étayer cette hypothèse. Toutefois, comme nous le rappelle Adams (2001b), une certaine forme de compromis est essentielle à la réalité des relations intergouvernementales et, comme l'a avancé, entre autres, Kennett (1998), l'élaboration autonome de politiques dans le domaine de la santé n'est pas efficace et probablement dépassée.

Ainsi, peu importe les changements en bloc désirés pour notre système de soins de santé, la stratégie qui semble la meilleure ici est le changement évolutif plutôt qu'un tournant historique; une intervention chirurgicale plutôt qu'une armada d'instruments dépassés. Si nous acceptons le fait que les améliorations aux soins de santé doivent être stables et adoptées par consensus, nous devons nous rabattre sur les concessions politiques mutuelles plutôt que de poursuivre le bras de fer entre le fédéral et les provinces. On comprend pourquoi cette approche est particulièrement rébarbative pour le gouvernement fédéral (qui a autant que possible évité de s'engager dans cette voie), car de tels engagements viennent indéniablement limiter la souplesse dont il jouit dans l'élaboration de politiques. Mais les gouvernements entérinent toutefois de telles ententes sur le plan *international,* en se fondant sur le raisonnement que des gains plus importants découlent de celles-ci malgré la souplesse limitée qu'on leur accorde (les dernières ententes limitant la souveraineté des États au sein de l'Union européenne en sont un bon exemple); on peut en dire autant des ententes intergouvernementales. Étant donné son désir de conserver un certain droit de parole sur une série de normes nationales en matière de soins de santé, ainsi que le refus de tout simplement employer une grande partie des fonds dont il dispose pour ce faire, le gouvernement fédéral doit accepter une certaine limitation de sa souplesse pour parvenir à ses fins.

En termes généraux, l'argument est le suivant : Ottawa accepte explicitement les gouvernements provinciaux comme ses égaux plutôt qu'un ordre inférieur en acceptant d'entamer avec les provinces la création d'une série de règles de procédure contraignantes par rapport à l'administration et au financement à long terme des soins de santé au Canada. Il renonce ainsi à une certaine souplesse, mais il acquiert une plus grande reconnaissance de son pouvoir de dépenser et, fait important, il est en mesure de conserver un plus grand contrôle sur les normes nationales en matière de soins de santé, tout en dépensant moins à cet égard que les gouvernements provinciaux (et beaucoup moins, toutes proportions gardées, qu'auparavant). Pour leur part, les provinces acceptent une certaine présence fédérale (durable) dans le domaine des soins de santé, mais elles obtiennent un financement prévisible et stable, le recours à un mécanisme de règlement des différends et des limites claires sur les actions fédérales. Voyons maintenant tout cela dans le détail.

Un tel système pourrait s'inspirer de l'actuelle ECUS. Par sa nature, l'ECUS « se propose de permettre l'entente entre les deux ordres de gouvernement sur des objectifs canadiens, le gouvernement fédéral transférant certains fonds aux provinces pour les aider à poursuivre ces objectifs, les provinces voyant ensuite à la conception et à la prestation de leurs propres programmes afin de concrétiser ces objectifs et de rendre compte des résultats » (traduction libre; Lazar, 2000a, 122). Le fait que les provinces ont obtenu du gouvernement fédéral qu'il les consulte avant de modifier « de manière importante le financement des transferts sociaux existants » et qu'il inclut « des dispositions de préavis dans les nouveaux transferts sociaux » est l'une des concrétisations fondamentales de l'ECUS, tout comme le fait d'offrir aux provinces une option de retrait *de facto*, ainsi que l'émission de préavis et la consultation quant aux nouvelles dépenses directes du fédéral dans les soins de santé. Ces mesures étaient en grande partie dues aux démarches unilatérales d'Ottawa pour mettre de l'ordre dans ses finances au cours des années 90, ce qui a par conséquent entraîné un amer ressentiment des gouvernements provinciaux et territoriaux, qui ont porté le fardeau résultant de ce grand ménage fédéral. Comme le souligne Maslove, l'harmonisation fiscale actuelle des politiques fédérales-provinciales est assez impressionnante; néanmoins, « le fait qu'un gouvernement soit forcé de réagir à d'importantes déstabilisations de ses revenus (ou dépenses) en raison de décisions unilatérales entraîne certaines pressions sur le système économico-budgétaire » (traduction libre; 1996, 296).

La prévisibilité intégrée au financement du TCSPS fédéral, à l'article 5 de l'ECUS, constitue l'élément premier de la stabilité; elle exige, elle aussi, une consultation entre le fédéral et les provinces sur le fait de modifier « de manière importante le financement des transferts sociaux existants » et d'inclure « des dispositions de préavis dans les nouveaux transferts sociaux ». Et, bien que cette stipulation n'élimine pas en soi la possibilité de modifications majeures des dépenses du fédéral (comme le TCSPS), il est important pour les provinces, tant sur le plan de la cohérence politique que des relations intergouvernementales, de pouvoir prévoir les conséquences de tels programmes bien à l'avance. Compte tenu de la transformation importante qui s'opère dans l'ensemble des soins de santé, l'accent passant des soins de courte durée à la promotion de

la santé et à la prévention, ainsi que des programmes « non intégrés » à d'autres visant une meilleure consolidation des programmes existants, les provinces travaillent sans relâche à la restructuration des systèmes de soins de santé dans les limites de leurs pouvoirs afin de mieux répondre aux besoins d'une population moderne. La prévisibilité du financement est donc essentielle à cette stratégie de restructuration. Tout doit inévitablement commencer par le maintien des dispositions de consultation et de préavis entre les gouvernements, telles qu'établies à l'article 5 de l'ECUS.

Les étapes suivantes sont plus provocatrices et doivent être abordées ensemble. Elles visent avant tout à établir une formule de « retrait » acceptable du point de vue des transferts et du financement direct des programmes, puis à officialiser le pouvoir de dépenser du fédéral. Il ne faut pas oublier que l'ECUS a avant tout été conclue à la suite de négociations provinciales concertées en réponse à la mise en œuvre du TCSPS. Ces négociations, appuyées par le Québec, comprenaient une disposition officielle de retrait qui a ensuite été retirée quand Ottawa a accepté de revoir sa position sur certaines questions, dont l'obligation de rendre compte et le règlement des différends, en échange de la révision de la position des provinces sur le pouvoir de dépenser du fédéral. Cela a par la suite entraîné le refus de la province de Québec de signer l'entente (Lazar, 2000a, 110).

Le débat entourant l'option de retrait ne date pas d'hier. En 1964, on a établi une mesure de ce genre pour l'administration d'un régime de retraite distinct pour le Québec; depuis, on soulève cette possibilité quand il est question de modifier la Constitution. L'Accord du lac Meech aurait, entre autres, permis au gouvernement fédéral de fournir « une juste compensation au gouvernement d'une province qui choisit de ne pas participer à un programme national cofinancé qu'il établit après l'entrée en vigueur du présent article dans un secteur de compétence exclusive provinciale, *si la province applique un programme ou une mesure compatible avec les objectifs nationaux* » (italiques ajoutés par l'auteure). L'ECUS est similaire, en ce sens qu'elle permet à Ottawa d'établir de nouveaux projets avec l'appui d'au moins six provinces et qu'elle stipule que toute province dissidente pourrait recevoir une compensation du gouvernement fédéral pour son propre programme en autant qu'il réponde aux objectifs convenus du programme national. Toutefois, comme le souligne Lazar, l'ECUS va plus loin pour accommoder les provinces. D'abord, en permettant aux provinces qui « n'aurai[en]t pas besoin d'utiliser l'ensemble du transfert pour atteindre les objectifs convenus » de « réinvestir les fonds non requis dans le même domaine prioritaire ou dans un domaine prioritaire connexe »; puis en appliquant cette formule non seulement aux programmes de partage des frais, mais aussi à ceux cofinancés qui ne sont pas axés sur le partage des frais (Lazar, 2000a, 111). Du point de vue de Lazar, l'ECUS est au moins aussi souple pour les provinces que les dispositions des accords de Charlottetown ou du lac Meech, bien que les stipulations de l'ECUS soient plus implicites qu'explicites (Lazar, 2000b, 10).

Ce point revêt une telle importance parce qu'il traite du problème plus large de la position québécoise au sein de la fédération canadienne. Ainsi, il a une grande incidence sur les objectifs des politiques en matière de santé ainsi que ceux, au sens plus large, du fédéralisme canadien. Mais, même si la disposition de retrait est acceptée en tenant compte de la position du Québec, on peut croire que cette décision ne menace pas les normes nationales en matière de soins de santé au Canada, mentionnées précédemment : comme l'explique Vaillancourt, le Québec a montré, par exemple, que ses orientations politiques plus idiosyncrasiques en matière de soins de santé s'avèrent plus innovatrices et davantage dans l'esprit de la réforme contemporaine qui a cours dans ce domaine (mentionnons, entre autres, les centres de santé communautaires, les centres de la petite enfance et sa façon d'éviter la prestation privée des soins de longue durée grâce à la politique provinciale) que celles de la majorité des autres provinces canadiennes (Vaillancourt, 2002). (On prétend que la montée de l'ADQ pourrait illustrer l'appui de plus en plus important qu'obtiennent les politiques néolibérales au Québec, mais il est vraiment trop tôt pour en être certain.)

La majorité des observateurs s'entendent pour dire que toute entente fédérale-provinciale sur la politique en matière de santé ne peut bien fonctionner sans la participation du Québec. Certains détracteurs croient que l'incapacité de faire signer l'ECUS par le Québec a « confirmé et creusé davantage le gouffre qui sépare le Canada et le Québec » en plus de démontrer un « parti pris important » contre le Québec « et ses préoccupations particulières » (traduction libre; Dufour, 2002, 8, 9). Lors de la conférence des premiers ministres provinciaux de Saskatoon, en 1998, le gouvernement du Québec a, comme le souligne Alain Noël, accepté un compromis sur trois conditions : « il a mis de côté des problèmes constitutionnels non résolus pour prendre part à un processus de négociation qui ne rendait pas la formule de retrait inconditionnelle; il a accepté la majeure partie du discours interprovincial et pancanadien sur l'union sociale; et il a reconnu de façon implicite la légitimité d'un rôle du gouvernement fédéral dans la politique sociale » (traduction libre; 2000, 8). Les provinces ont, pour leur part, convenu d'inclure en échange une formule officielle de retrait; une position qui s'est traduite par une condition de retrait limitée et informelle.

D'autres se sont toutefois objectés à ce que le Québec refuse de prendre part à une telle mesure d'action commune – et ne seraient prêts à collaborer qu'aux ententes les plus payantes – parce que sa position de retrait est avantageuse du point de vue de la théorie des jeux, selon laquelle « le Québec obtiendra les fonds de transfert sans devoir se plier aux grandes règles d'engagement envers les Canadiens des autres provinces, ou le gouvernement fédéral ne lui versera pas des fonds qui sont remis à d'autres provinces » (traduction libre; Robson et Schwanen, 1999, 5), ce qui viendrait empiéter sur le programme politique séparatiste du Parti québécois au pouvoir (voir aussi Gibbins, 1999).

On peut en conclure deux choses : d'abord, le Québec ne peut être exclu de toute entente sociale en matière de soins de santé, tant pour des raisons politiques générales que bien précises.

Ensuite, comme l'affirme Dufour : « le Québec ne peut faire office de spectateur dans les relations intergouvernementales canadiennes dans le domaine de la politique sociale », et ce, pour son *propre* bien (traduction libre; 2002, 7). C'est Harvey Lazar qui présente le meilleur compromis; il avance qu'une disposition officielle de retrait « reconnaîtrait de façon explicite que le retrait est possible, sans pour autant en faire un droit. Dans les faits, cela permettrait de considérer le retrait au cas par cas, ce qui est dans la lignée de ce qui se faisait au début de l'État providence, après la Deuxième Guerre mondiale » (traduction libre; Lazar, 2000b, 10). Lazar précise quatre caractéristiques d'un tel compromis : premièrement, la disposition de retrait serait explicite plutôt qu'implicite; deuxièmement, toute province exerçant son droit de retrait reconnaîtrait publiquement la contribution financière d'Ottawa; troisièmement, la province utiliserait ces fonds d'une façon « largement compatible avec les objectifs du nouveau programme » ou, si elle disposait déjà d'un programme qui répond aux objectifs canadiens, elle les utiliserait dans le même domaine prioritaire ou dans un domaine prioritaire connexe. Enfin, pour assurer le possible accord du Québec avec les « priorités canadiennes », on établirait le consensus national à sept provinces représentant au moins la moitié de la population plutôt que de simplement compter sur six provinces (Lazar, 2000a, 117-118).

À l'exception de ceux qui s'inquiètent à l'idée d'un fédéralisme asymétrique, pour la plupart, la question, en principe, n'est toutefois pas tant ce que fera le Québec d'une possible disposition de retrait : l'engagement du Québec envers un système de soins de santé public a clairement été énoncé (Vaillancourt, 2002). La véritable préoccupation entourant une telle disposition concerne plutôt l'Alberta, qui a déjà affirmé son intention d'utiliser davantage les ressources privées dans le domaine des soins de santé. Nonobstant cela, on ne doit pas oublier que cette formule de retrait ne pourrait s'appliquer que lorsque les programmes existants d'une province donnée sont « largement compatible[s] aux objectifs du nouveau programme » ou, si la province dispose déjà d'un programme qui répond aux objectifs canadiens, les fonds pourraient être utilisés dans le même domaine prioritaire ou dans un domaine prioritaire connexe. D'un point de vue plus politique, on pourrait craindre le modelage des objectifs fédéraux de façon à mieux correspondre à ceux du Québec afin d'éviter tout différend politique important (Lazar, 2000a, 116, 118), orientant ainsi la politique en matière de santé en général en fonction de celle du Québec. Cette préoccupation peut être valable en soi, mais, comme la politique en matière de santé du Québec s'inscrit beaucoup plus dans la lignée des principes de la LCS que le modèle que propose l'Alberta, toute possibilité d'un tel modelage de la politique ne devrait pas causer de véritables préoccupations à ceux qui souhaitent garder les normes de la LCS. Les préoccupations que pourrait soulever l'adoption d'une clause explicite de retrait seraient également atténuées par la formalisation concurrente du pouvoir de dépenser du fédéral. Ottawa accepterait-il cela? Il ne faut surtout pas oublier que l'on a convaincu les provinces de signer la première ECUS surtout grâce aux surplus fédéraux qu'Ottawa était prêt à distribuer à titre de compensation. Ainsi, à moins que le gouvernement fédéral ne veuille payer, soit en argent ou en points d'impôt, pour améliorer l'entente sur les soins de santé, il devra accepter un compromis quant au partage de son pouvoir politique.

Comme le principe du retrait, le pouvoir de dépenser du fédéral est plus implicite qu'explicite, bien que l'ECUS « institutionnalise » la reconnaissance de ce pouvoir. C'est Hamish Telford qui décrit le mieux les objections de principe au pouvoir de dépenser du fédéral. Il avance que « le pouvoir de dépenser du fédéral ne peut, au mieux, qu'être *déduit* de la Constitution; le Comité des politiques de la Commission mixte a établi que le pouvoir de dépenser du fédéral est *ultra vires*; que l'argument de l'échange de « cadeaux » est fragile; et que la justification du pouvoir de dépenser par l'intérêt national est très problématique au sein d'une fédération multinationale » (signifiant ainsi que le pouvoir de dépenser du fédéral limite « la liberté [du Québec] d'établir ses propres politiques sociales et culturelles ») (traduction libre; Telford, sans date, 11).

Toutefois, on pourrait répliquer que, d'abord, des décennies de pratique (ainsi que le récent jugement rendu par la Cour suprême sur le plafond du RAPC) ont enchâssé le principe du pouvoir de dépenser fédéral dans la structure des relations intergouvernementales au Canada. Étant donné qu'on ne pourra s'en défaire en refusant simplement de le reconnaître, la reconnaissance explicite du pouvoir de dépenser du fédéral peut s'avérer un moyen relativement peu coûteux pour les provinces d'atteindre d'autres objectifs (y compris la faculté de retrait et un mécanisme exécutoire de règlement des différends). Deuxièmement, le pouvoir de dépenser du fédéral a aussi son importance sur le plan *stratégique*, puisqu'il demeure l'instrument le plus puissant à la disposition du gouvernement fédéral pour regrouper des points de vue disparates dans un système de santé national apte à fonctionner, et il est essentiel pour contrebalancer certaines des dispositions permettant une influence provinciale plus forte sur la politique nationale en matière de santé. Troisièmement, la reconnaissance explicite du pouvoir de dépenser du fédéral peut être importante d'un point de vue *politique*, pour persuader Ottawa d'accepter *certaines* restrictions officielles de ce pouvoir : le fait de légitimer cet outil pourrait, selon lui, justifier l'acceptation de certaines limites précises de celui-ci. Une reconnaissance explicite du pouvoir de dépenser du fédéral est en partie symbolique, mais n'en demeure pas moins d'un grand potentiel politique. Encore ici, son pouvoir est hypothétique. Il est donc difficile à évaluer : essentiellement, les provinces ne peuvent pas simplement mettre en doute le pouvoir de dépenser du fédéral pour des raisons strictement constitutionnelles. Mais cela importe peu *si* Ottawa se montre peu disposé (ou en moyens) à participer davantage à la prestation des services en santé; cela donnerait toutefois un poids politique et moral très important au gouvernement fédéral *s'il souhaitait* le faire.

Il est aussi essentiel que les deux ordres de gouvernement en viennent à une orientation semblable, ce qui favoriserait les tentatives des provinces de modifier en profondeur la façon dont elles doivent orienter la prestation des services de santé à moyen et long termes, ainsi que les tentatives du gouvernement fédéral de recentrer la vision de ses rôles autres que financiers par rapport aux soins de santé. L'information en matière de santé constitue une question cruciale traitée de façon constructive par les deux ordres de gouvernement. Cela comprend une

infostructure nationale, l'élaboration de normes communes en matière de données et des rapports sur la santé destinés à informer la population canadienne. Le gouvernement fédéral, qui participe financièrement au programme d'infostructure canadienne de la santé depuis 1997, a versé 500 millions de dollars en septembre 2000 afin d' « accélérer l'implantation de technologies de l'information modernes au sein du système de soins de santé » (Sénat canadien, 2001, chapitre 10). On devrait établir une seconde stratégie commune pour remédier au problème des ressources humaines en santé (surtout, mais sans s'y limiter, par rapport aux médecins et aux infirmières). Bien que la formation et le recrutement du personnel en santé soient manifestement de compétence provinciale, il est plus efficace d'aborder les problèmes de mobilité des professionnels de la santé (dont le « maraudage » effectué par les provinces plus nanties dans les plus pauvres pour recruter du personnel) dans une perspective nationale plutôt que régionale.

Comme le fait remarquer Adams (2001b, 278), on constate un certain appui pour « l'utilisation, dans certaines circonstances, d'un régime intergouvernemental issu d'une plus grande collaboration » (traduction libre), dont l'élaboration de programmes de santé d'incidence nationale, de nouveaux programmes et la résolution de problèmes politiques communs (comme la revitalisation des services de collecte de sang). Vu la distribution précise des principaux rôles aux deux ordres supérieurs de gouvernement, surtout en ce qui a trait à des questions simples comme le degré de financement, les calculs et le règlement des différends, il peut être utile d'avoir une approche commune aux problèmes plus précis des programmes. Comme le souligne Lazar, il est beaucoup plus probable que, au sein des ministères fédéraux et provinciaux responsables, le but et le point de vue soient communs (2000b, 8-9) et que, ainsi, après la résolution des problèmes fondamentaux liés aux modèles de financement à long terme (habituellement par les ministères des Finances correspondants), la collaboration intergouvernementale soit facilitée par rapport à des questions précises ayant trait aux politiques. Ainsi, une telle collaboration devrait se faire au sein d'un conseil canadien de la santé, le seul type d'organe envisageable ici (dont Adams traite en profondeur dans 2001b, 282-287).

Le rôle du gouvernement fédéral offrant à ce dernier la plus grande indépendance est probablement celui de la recherche et de l'évaluation. Ce rôle est en ce moment essentiel en raison, en général, de la réforme de la santé et, plus particulièrement de la médecine fondée sur les résultats cliniques et scientifiques, qui constitue le centre de la majorité de l'activité gouvernementale. Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (1997-2001) et le Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (2000-2002) sont deux exemples de programmes nationaux d'évaluation en santé recevant du financement du fédéral. Compte tenu du rôle important de la recherche en santé, le financement fédéral dans ce secteur doit être augmenté. Depuis près de dix ans, l'industrie pharmaceutique est la principale source de financement de la recherche canadienne en santé (Sénat canadien, 2001, chapitre 9), ce qui semble inquiéter ceux qui se préoccupent de la nature des recherches indépendantes. Le financement fédéral de la recherche en santé devrait de nouveau augmenter de façon à représenter au moins 25 % du financement total (il était descendu à 16 % en 1998; voir Sénat canadien, 2001, alinéa 9.1.1) afin de contrebalancer le

poids de l'industrie pharmaceutique au pays. Appuyer des projets pilotes innovateurs dans la prestation des services en santé est un autre aspect du rôle d'Ottawa en recherche et en évaluation, bien qu'ils doivent être coordonnés avec les provinces. L'accent que le fédéral mettrait ainsi sur le financement de programmes innovateurs viendrait par le fait même appuyer le fédéralisme de type « laboratoire expérimental » que favorisent ceux qui soutiennent que les soins de santé sont de compétence provinciale.

Viser l'obligation de rendre compte et la transparence

L'article 3 de l'ECUS présente un engagement pris envers la population canadienne d'accroître la portée et la nature d'un gouvernement démocratique en la tenant au courant de l'évolution des programmes sociaux, en entamant un processus continu de participation au dialogue, puis en fournissant une procédure d'appel des décisions administratives. L'objectif fondamental de la participation des citoyens n'est pas directement pertinent dans la présente étude, qui porte essentiellement sur les rôles adéquats des ordres de gouvernement. Au sens plus large, l'obligation de rendre compte est toutefois pertinente, en ce sens qu'une plus grande responsabilisation, tant sur le plan du financement que des dépenses dans le domaine des soins de santé, peut faciliter les relations intergouvernementales. De plus, puisque l'obligation de rendre compte par rapport à la population est une façon détournée pour les gouvernements de se tenir mutuellement responsables de ce qui arrive, il est possible de l'aborder du point de vue des relations intergouvernementales.

Nous vivons à une époque où les valeurs de la gouvernance démocratique, dont la transparence et l'obligation de rendre compte, sont d'une importance absolue. Mais, il ne faudrait pas oublier que l'efficacité et la capacité de faire avancer les choses dans un environnement tout aussi complexe que contradictoire sont également tenues en grande estime. De ce fait, le paradoxe de la gouvernance des soins de santé est que, comme le résume Lazar, « plus l'union sociale connaît du succès du point de vue du fédéralisme exécutif, plus les risques d'expansion du déficit démocratique s'accentuent » (traduction libre; 2000a, 110). Du point de vue des objectifs du système de santé, l'obligation de rendre compte est une bonne chose, tout simplement parce qu'elle assure le bon acheminement des fonds. L'utilisation du Fonds pour l'acquisition de matériel médical d'un milliard de dollars créé par le fédéral, dévoilée lors de la Conférence des premiers ministres de septembre 2000, en est l'exemple le plus publicisé. C'est là que l'on a constaté que l'argent qui devait servir à l'acquisition de matériel de haute technologie comme des appareils de dialyse, d'IRM ou de tomodensitométrie, avait permis d'acheter des tracteurs de pelouse, des lave-vaisselle, des brosseuses, des déchiqueteurs et des télécopieurs (Priest, 2002, A1). Bien que l'on se soit entendu sur le fait que les provinces devaient rendre publique l'utilisation de ces fonds, les fonds fédéraux (y compris ceux du TCSPS) s'inscrivent directement dans les revenus généraux des provinces, ce qui empêche d'établir si, par exemple, les fonds fédéraux ont servi à l'achat d'appareils d'IRM et ceux du provincial à l'acquisition de déchiqueteurs, ou vice versa. Il ne s'agit pas de savoir s'il y a un manque de responsabilisation :

en vertu du système actuel, les provinces (assujetties à la LCS) doivent informer leurs électeurs de l'utilisation des fonds destinés aux soins de santé. Mais, lorsque les deux ordres de gouvernement s'engagent à limiter les coûts, chacun peut jeter le blâme sur l'autre pour les compressions qui en résultent, refusant ainsi tous deux de prendre la responsabilité principale (Fierlbeck, 2001).

On doit également comprendre la motivation politique de chacun des gouvernements dans la défense de toute forme de mécanisme de reddition de comptes. Comme le relate en détail Susan Phillips, les provinces ont, pendant les négociations entourant l'ECUS, appuyé une forme de reddition de comptes axée sur leurs propres indicateurs (protégeant ainsi l'autonomie provinciale), et ce, afin de démontrer systématiquement les conséquences d'éventuelles compressions budgétaires au fédéral sur leur système de soins de santé respectif. Pour sa part, Ottawa souhaitait, de façon indirecte, pouvoir pousser les « provinces qui font moins bien que les autres à aiguiller leurs dépenses vers des programmes sociaux et à élaborer des programmes plus efficaces » (traduction libre; Phillips, 2001, 18). Même si ses transferts sont officiellement libres de toute condition à l'exception des restrictions établies par la LCS, le gouvernement fédéral peut se servir de la pression publique (ou, plus particulièrement, de la censure publique) pour imposer aux provinces certains types ou niveaux de dépenses dans le domaine des soins de santé.

Malgré des protestations liées à l'autonomie et aux compétences, les stipulations visant l'obligation de rendre compte et la transparence mentionnées à l'article 3 de l'ECUS devraient être élargies et renforcées. Les deux ordres de gouvernement devraient officiellement faire rapport à leurs électeurs et l'un à l'autre sur les résultats aussi bien que sur les activités des programmes de santé selon un ensemble uniformisé de processus et d'indicateurs. Dans la foulée des récentes rencontres des premiers ministres, on a réalisé certains progrès dans la reddition des comptes; les provinces montrent toutefois encore beaucoup de réticence à perdre leur autonomie dans l'établissement des normes d'évaluation ainsi que dans l'évaluation des *résultats* des programmes en santé (bien qu'il y ait, comme on l'a dit, une certaine amélioration). Ces vingt dernières années, les gouvernements ont laissé entrevoir une certaine volonté de faire passer les objectifs politiques avant ceux des soins de santé. Si, comme on peut le rétorquer, les deux ordres souhaitent vraiment travailler à la protection de ces objectifs, il n'y a aucune raison de ne pas officialiser cet engagement. La stipulation qui veut que les gouvernements deviennent officiellement plus responsables l'un par rapport à l'autre plutôt que de simplement se servir de la population comme « chien de garde » est importante, car, comme le soulève Phillips, « l'évaluation des résultats des politiques sociales s'est avérée beaucoup plus complexe en pratique qu'en théorie, et la capacité des citoyens et des organismes bénévoles à assurer une surveillance efficace est extrêmement limitée » (traduction libre; 2001, 23).

Les gouvernements provinciaux peuvent avancer que cela est de leur compétence en vertu de la Constitution et, ainsi, qu'ils ont la responsabilité principale par rapport aux dépenses en santé et qu'ils devraient être en mesure de préciser l'utilisation des fonds comme ils le jugent nécessaire.

Mais, si l'on considère que les transferts du fédéral sont en fait l'argent des contribuables fédéraux, Ottawa a lui aussi la responsabilité d'informer ses électeurs de la façon dont ces fonds sont utilisés. Le principe de la « compétence provinciale ultime » évoque aussi peu de sympathie au sein de la population, qui a précisé son point de vue dans des sondages d'opinion publique, affirmant que les deux ordres de gouvernement sont de bons chiens de garde l'un pour l'autre (Centre de recherche et d'information sur le Canada, 1997). De plus, comme le dit Phillips, puisque les transferts du fédéral sont désormais revenus aux niveaux antérieurs, « l'idée de rendre des comptes à la population quant à la modification des programmes existants et leur financement, jumelée à l'engagement d'énoncer clairement les rôles et responsabilités de chaque ordre de gouvernement » (traduction libre), est moins attrayante pour les provinces (2001, 22). Nonobstant la possibilité que les provinces puissent très bien s'opposer à des dispositions plus strictes de reddition de comptes en raison de la restauration du financement fédéral, il serait tout de même absurde de leur part de le faire, puisque les provinces ont souvent manifesté leurs préoccupations et leur manque de confiance par rapport à la stabilité du financement fédéral.

L'évaluation et la comparaison des résultats est sans conteste un rôle qui exigera un développement soutenu et dynamique, un rôle duquel il serait naïf d'attendre des résultats précis à court terme. Cela ne justifie pas pour autant que l'on fasse fi des efforts qui sont faits. Dans la foulée de cette suggestion, on pourrait instituer un commissaire à la santé, ce qui pourrait être plus facilement réalisable. Ce commissaire aurait pour tâche de rapporter les pratiques douteuses ou inefficaces quant à l'allocation des fonds en santé. L'existence d'un vérificateur indépendant (fondée sur le modèle actuel du vérificateur général) n'est certes pas une panacée (voir, entre autres, Kroeger, 2000, et Sutherland, 2001), mais il pourrait également s'agir d'un mécanisme obligeant les gouvernements à rendre compte de leurs activités, simplement en exposant les pratiques existantes à l'examen du public qui, d'après ce qu'on peut en conclure des deux ordres de gouvernement, est une façon efficace de garder l'*autre* partie en échec. Enfin, il convient de rappeler l'utilité d'un conseil ministériel nommé conjointement et responsable d'élaborer un cadre national de reddition de comptes, de faciliter la coordination entre les gouvernements au niveau sectoriel, d'agir à titre de commission d'enquête factuelle impartiale en cas de différend entre gouvernements et de signaler aux gouvernements participants et à la population canadienne le rendement du système de soins de santé sur le plan national (Adams, 2001b, 283).

Autres ordres de gouvernement

Le débat sur le rôle des administrations municipales et des régions sanitaires dans la prestation des services de santé est imbriqué dans les discussions entourant les rôles du gouvernement fédéral et ceux des provinces et territoires. Roger Gibbins, par exemple, indique que, puisque l'élaboration de politiques innovatrices se produit si souvent sur le plan local quand il est question de réforme des soins de santé, on peut s'attendre au cours des prochaines années à « une campagne plus intensive en faveur d'une portée décisionnelle, de pouvoirs financiers et d'une reconnaissance constitutionnelle accrus » (traduction libre; Gibbins, 1999, 210). Là réside la clé du problème : bien que les administrations locales et des régions sanitaires conçoivent et mettent en œuvre l'essentiel des services de santé (et prennent la responsabilité principale des choix stratégiques qu'elles font), elles disposent pour ainsi dire d'aucune assiette fiscale ni autorité constitutionnelle leur permettant de fonctionner. On a parfois allégué que ce déséquilibre entre les responsabilités et les pouvoirs avait permis aux gouvernements provinciaux de se décharger de certaines décisions stratégiques moins populaires sur le plan politique au détriment des organes décisionnels locaux, faisant ainsi écho à la stratégie de limitation des coûts du fédéral au cours des années 90 (voir, entre autres, Fierlbeck, 1997).

En fait, les grandes municipalités manifestent de plus en plus d'intérêt politique pour l'augmentation tant de leur pouvoir législatif que de leur capacité fiscale. Dans son mémoire déposé au Groupe de travail libéral du premier ministre sur les questions urbaines, la Fédération canadienne des municipalités (FCM) déclare que :

> « [l]a politique canadienne repose principalement sur une dynamique d'opposition entre les paliers fédéral et provincial, et elle est menée largement par des considérations partisanes. Les réalités structurelles dictent que l'équation fédérale-provinciale ne sera jamais facile. Mais lorsqu'on y ajoute des intérêts partisans, cette tension naturelle peut devenir une source de conflit et de confrontation. En contraste, les gouvernements municipaux sont impartiaux et s'intéressent plutôt aux résultats concrets et à la prestation des services à leurs citoyens » (Fédération canadienne des municipalités, 2002, 6).

Dans un même ordre d'idées, les maires des « grandes villes » soutiennent la nécessité d'adopter une charte donnant à leur ville « les pouvoirs et les ressources conséquentes à leurs responsabilités » (traduction libre; Canada's Cities, 2001, 1), bien que, curieusement, on n'ait pas organisé de campagne politique en faveur de plus grands pouvoirs municipaux en matière de santé. Andrew Sancton en conclut qu'il n'y a pas suffisamment d'appui politique au municipal pour s'opposer au contrôle des décideurs provinciaux et que, tant que cette situation perdurera, « les municipalités demeureront des acteurs marginaux sur la scène du fédéralisme canadien » (traduction libre; 2002, 275).

Y a-t-il suffisamment d'éléments justifiant ce transfert de pouvoirs aux autorités locales canadiennes? Malheureusement, on ne le sait pas. Et cela est principalement dû au fait, comme s'accordent pour dire la majorité des observateurs, que l'organisation de la gouvernance locale dans le domaine des soins de santé varie « considérablement quant à la structure et aux responsabilités »; il est donc « très difficile de généraliser » (traduction libre; Rasmussen, 2001, 250). Il est également très difficile d'en venir à des conclusions analytiques précises à ce sujet. Il y a d'abord les visions idéologiques conflictuelles sous-jacentes à la raison d'être de la décentralisation : d'un côté, on perçoit la décentralisation et la régionalisation comme un moyen de sécuriser un régime public inclusif et participatif en favorisant la participation des gens au sein de domaines de compétence donnés. En revanche, la décentralisation et la régionalisation sont également perçues d'un bon œil par les partisans d'un système de prestation axé sur le marché (pour plus de détails sur ce débat, voir Fierlbeck, 1997; Tomblin, 2002; et Taft et Steward, 2000). La deuxième question est l'obligation de rendre compte : les structures de gouvernance en matière de soins de santé doivent-elles, en bout de ligne, rendre compte à la population locale ou par rapport aux normes nationales? Troisièmement, comme le souligne Tomblin, la régionalisation n'a jamais été conçue pour gérer les composantes adjacentes au système de soins de santé (comme les secteurs collégial et commercial), qui fonctionnent de façon relativement autonome : « on délibère toujours, affirme-t-il, à savoir si la régionalisation a déjà visé à remplacer le modèle biomédical traditionnel ou si on l'avait déjà adoptée à cette fin » (traduction libre; 2002, 19).

De plus, les fonctions de la régionalisation sont diverses et potentiellement paradoxales. Par exemple, la fonction *intégrante* de la régionalisation est axée sur l'aiguillage de la prestation des soins de santé vers un système plus complet au lieu du modèle traditionnel de compartimentation (Rasmussen, 2001). Il y a ensuite sa fonction *économique*, qui vise la réalisation d'économies d'échelle plus importantes dans le paiement des services de santé (par exemple, le Conseil des premiers ministres de l'Atlantique; Tomblin, 2002, 20). De plus, comme on l'a vu précédemment, la régionalisation peut comporter un volet *politique* (soit explicite ou implicite) quant aux rôles de la population, du marché et de l'État (Rocher et Rouillard, par exemple, soutiennent que se diriger vers la décentralisation du fédéralisme canadien cache « une autre approche visant moins à réformer les relations intergouvernementales qu'à insuffler au cadre institutionnel le désir de voir l'État [tant sur le plan provincial que fédéral] se retirer des mécanismes de réglementation sociaux et économiques » [traduction libre; 1998, 233]).

Au bout du compte, il n'y a aucune perception précise de ce qu'est la régionalisation, de ce que sont ses fonctions, son fonctionnement et ses conséquences. Malgré la nature conservatrice et possiblement insatisfaisante de cette conclusion, on ne peut suggérer au mieux qu'une cueillette plus officielle de renseignements sur la nature et le potentiel des formes de gouvernement locales et régionales. Les phénomènes liés au système de soins de santé canadien qui « doivent être étudiés » sont, honnêtement, d'un nombre exaspérant. Les mécanismes de cueillette de renseignements pouvant gérer de telles études présentent toutefois l'avantage d'être pour la

plupart déjà en place. Il faut d'abord faire une étude comparative poussée visant à examiner la dynamique qualitative et quantitative de la régionalisation des soins de santé avant de pouvoir présenter de façon certaine des propositions stratégiques précises. Des projets pilotes de compétence provinciale pourraient ensuite être mis en œuvre afin d'évaluer la viabilité de toute option stratégique envisagée selon les données recueillies dans le cadre d'un sondage de plus grande portée.

Conclusion

La discussion portant sur les rôles que devraient jouer les ordres supérieurs de gouvernement dans la formulation d'une politique en matière de soins de santé est indéniablement liée de façon directe aux compétences constitutionnelles. On doit toutefois tempérer cette constatation en reconnaissant les objectifs stratégiques visés, ce que les gouvernements sont prêts à faire et les motivations qui les animent. Une distribution précise des rôles des gouvernements fédéral et provincial par rapport aux objectifs en santé a l'avantage de faciliter la reddition de comptes : la responsabilité finale des mesures prises est claire. Il y a moins de pelletage dans la cour du voisin, de pointage du doigt ou de contestations à la suite d'échecs stratégiques, de compressions budgétaires ou simplement de mauvaise gestion. Compte tenu du contexte politique et constitutionnel particulier du système de santé canadien, une autonomie clairement définie des rôles pourrait toutefois résulter en des systèmes de soins de santé provinciaux d'une grande disparité (si les provinces obtenaient une capacité d'imposition accrue) ou en des types de financement capricieux et imprévisibles (si Ottawa disposait d'une plus grande latitude par rapport au financement des provinces selon ses conditions). En revanche, une collaboration aurait pour avantage de favoriser une communication accrue entre les parties quant aux objectifs et à la stratégie politique. Cette approche peut toutefois mener à des pratiques de chacun pour soi rancunières ou à des tendances à se jeter le blâme si on ne dispose d'aucun mécanisme permettant d'atténuer les divergences d'opinion ou les orientations stratégiques conflictuelles, le cas échéant.

Nous pourrions connaître ce que Tuohy (1999) appelle une période propice dans la formulation de la politique en matière de santé, période au cours de laquelle les acteurs sont disposés à changer les règles du jeu ou ne peuvent tout simplement pas avoir recours à des possibilités plus intéressantes. La modification du rôle du fédéral dans l'établissement de la politique en matière de soins de santé n'a vraisemblablement pas suivi le cours de celles apportées au partage des frais; les niveaux relatifs de financement fédéral ont chuté en même temps qu'Ottawa a, pour diverses raisons, témoigné plus d'enthousiasme à l'égard de son rôle de protecteur des normes nationales pour un système de soins de santé canadien unique. Le fédéral n'est toutefois pas disposé à dépenser les sommes nécessaires pour jouer ce rôle avec efficacité, mais semble bien déterminé à le conserver.

La présente étude soutient qu'une façon d'aller de l'avant serait d'en venir à un compromis qui permettrait un certain équilibre entre les avantages d'un partage précis des responsabilités et ceux d'une collaboration mutuelle, assurant ainsi reddition de comptes et stabilité. Si Ottawa ne veut pas engager les fonds nécessaires pour appliquer la LCS à sa satisfaction, il doit utiliser ses pouvoirs législatifs comme un avantage politique. Il peut accepter de limiter son pouvoir de dépenser de façon autonome, tant sur le plan de la portée que de l'application, en échange d'une présence officielle et constante dans l'élaboration des politiques en matière de santé. Il y gagne non seulement un plus grand contrôle politique tout en réduisant ses dépenses, mais une reconnaissance officielle d'un pouvoir qui, constitutionnellement, n'a jamais vraiment été accepté.

Les provinces pourraient accepter un tel accord malgré l'officialisation de la présence du fédéral en raison des limites explicites et prévisibles de l'activité de celui-ci, jumelées à la capacité de recevoir des fonds pour des programmes semblables, mais distincts, en vertu d'une option justiciable de retrait.

Cette solution dépend toutefois d'un certain nombre d'hypothèses (par exemple, que les objectifs des gouvernements provinciaux soient globalement les mêmes) que l'on est en droit de mettre en doute. Elle dépend également d'une manifestation particulière de la dynamique politique (comme les relations entre les ministères de la Santé et des Finances par rapport à certaines compétences) qui ne relève techniquement pas du domaine des relations intergouvernementales. Elle dépend surtout du jugement de ceux qui ont le pouvoir de profiter de cette période propice et qui ont la capacité de reconnaître que, bien qu'une telle distribution des rôles ne permette pas d'obtenir la meilleure solution qui soit, elle peut, tout au moins, permettre d'éviter le pire.

On pourrait rétorquer que le fait qu'un tel compromis est fondé sur le raisonnement en vigueur de l'ECUS rend sa mise en œuvre un peu plus probable, le compromis de base étant déjà établi. On pourrait cependant affirmer que cette recommandation dépend également de la santé de l'ECUS. Cette entente de trois ans arrive à échéance et est actuellement évaluée par chacun des gouvernements. Certains remettent son utilité en question, ainsi que la volonté d'autres gouvernements d'en respecter l'esprit. On pourrait se demander, s'il est bien question de confiance et de collaboration, pourquoi il a fallu attendre un an et demi avant la mise en œuvre d'un mécanisme de règlement des différends. Le problème du processus d'évaluation repose en partie sur la nature de l'ECUS, qui est à bien des égards une protection hypothétique : les provinces *devaient*, par exemple, être informées de *toute* modification importante aux programmes apportée par Ottawa. Toutefois, Ottawa n'a procédé à aucun changement; l'utilité de la protection de l'ECUS est ainsi très floue. De plus, l'ECUS est assez discrète sur l'utilisation par le fédéral d'initiatives ciblées et ponctuelles de financement. De fait, tous les gouvernements provinciaux n'ont pas reçu le fonds pour les soins de santé primaires de septembre 2000 en raison de désaccords fédéraux-provinciaux quant aux conditions qui s'y rattachent. Ainsi, les provinces n'aiment pas les fonds ciblés parce qu'ils comportent trop de conditions et qu'ils sont trop à court terme (ce qui mine une fois de plus la prévisibilité du financement des soins de santé), tandis que le gouvernement fédéral préfère cette formule parce qu'elle lui assure une reconnaissance publique importante, une responsabilité financière limitée et une grande conditionnalité.

Il s'agit là de réserves graves, mais elles ne constituent pas une preuve concluante qu'un compromis tel que celui exposé dans cette étude est inconcevable. La proposition qui est faite n'est qu'une possibilité et non une évidence (ni même une partie gagnée d'avance). La fin de l'ECUS rendrait certainement un tel compromis moins probable, car elle viendrait amoindrir davantage la confiance ou la bonne volonté entre les parties, en plus d'accroître le sentiment que,

dans les relations intergouvernementales, il n'y a que la ligne dure qui porte ses fruits. L'idée d'un pouvoir de dépenser fédéral reconnu de façon explicite pourrait néanmoins refaire surface, que l'ECUS survive ou non. On souhaitera toujours des modèles de financement prévisibles (surtout en période de difficultés économiques), et la population continuera fort probablement à exiger responsabilisation et transparence intergouvernementales. Les éléments nécessaires à un tel compromis seront donc présents un certain temps, même si l'ECUS n'est plus.

Certains pourraient soulever que les suggestions faites ici sont généralement de nature institutionnelle et balayer du revers de la main toute analyse sociale ou politique plus approfondie. Est-ce que cela signifie que la solution institutionnelle adéquate pourrait mettre fin aux désaccords intergouvernementaux qui ont toujours caractérisé les relations politiques au pays? Absolument pas. Toutefois, il y a des contextes institutionnels plus ou moins avantageux, et un contexte de confrontation minime contribue grandement à l'atténuation du conflit politique intergouvernemental, sans toutefois le résoudre. Comme cette étude doit nécessairement porter sur une analyse institutionnelle très pointue, il faut trouver ailleurs de telles analyses sociales et politiques (par exemple Maioni, 1998; O'Reilly, 2001; et Tuohy, 1999).

Enfin, on doit également se méfier (ce qui est paradoxal) d'une collaboration intergouvernementale réussie, car elle est fréquemment signe de « fédéralisme exécutif », une forme de prise de décisions caractérisée par des négociations à huis clos et des prises de décisions entre représentants gouvernementaux. Comme le soutient Smiley (1979), la question est ici de savoir si l'obligation de rendre compte et la transparence envers la population sont sacrifiées au profit de rapports plus conviviaux entre gouvernements. Toutefois, des relations intergouvernementales trop complaisantes ne constituent pas actuellement l'une des questions les plus urgentes à laquelle est confrontée le système de soins de santé canadien.

En somme, les modifications stratégiques et institutionnelles proposées ici sont fondées sur le besoin d'en arriver à la viabilité à long terme d'un système de santé universel et public *et* sur la reconnaissance du fait que les gouvernements prennent des décisions en fonction des avantages ou des inconvénients qu'ils tirent des mesures par rapport aux autres intervenants politiques. On devra peut-être faire des compromis, aussi rébarbatifs qu'ils puissent être pour les participants ou ceux qui favorisent un modèle exempt de toute concession politique. Le compromis n'est pas seulement l'apanage du fédéralisme, mais bien du domaine politique dans son ensemble. Si la seule façon d'aller de l'avant est de faire quelques pas de côté, cela n'en demeure pas moins préférable à un statu quo improductif.

Bibliographie

Adams, Duane. 2001a. Social Union Study of the Canadian Health System: Introduction and Overview, dans Duane Adams (éd.), *Federalism, Democracy, and Health Policy in Canada*. Montréal et Kingston: McGill-Queen's University Press, p. 1-16.

Adams, Duane. 2001b. Conclusions: Proposals for Advancing Federalism, Democracy, and Governance of the Canadian Health System, dans *Federalism, Democracy, and Health Policy in Canada,* sous la direction de Duane Adams. Montréal et Kingston: McGill-Queens University Press, p. 271-306.

Alberta. 2002. *The Premier's Advisory Council on Health* (Le rapport Mazankowski). Janvier 2002.

Bégin, Monique. 2002. *Revisiting the Canada Health Act (1984): Impediment to Change?* Discours livré à l'Institut de recherche en politiques publiques, Ottawa, le 20 février 2002.

Boadway, Robin and Paul Hobson. 1993. *Intergovernmental Fiscal Relations in Canada* (Canadian Tax Paper #96). Toronto: L'Association canadienne d'études fiscales.

Brown, Douglas. 2002. Fiscal Federalism: The New Equilibrium between Equity and Efficiency, dans *Canadian Federalism,* sous la direction de Herman Bakvis et Grace Skogstad. Don Mills. Oxford University Press, p. 59-84.

Campbell, Robert. 1995. Federalism and Economic Policy, dans *New Trends in Canadian Federalism*, sous la direction de François Rocher et Miriam Smith. Peterborough, Broadview Press, p. 187-210.

Sénat du Canada. 2001. (Comité senatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie). *La santé des Canadiens : Le rôle du gouvernement fédéral*, v. 4 (Le rapport Kirby).< http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/repintsep01-f.htm > (le 28 février 2002).

Canada's Cities. le 21 octobre 2001. « Canada's Big City Mayors Launch Campaign to Give Urban Canada '21st Century' Powers », http://www.canadascities.ca/news.htm (le 18 avril 2002).

Institut canadien d'information sur la santé. 1999. *Tendances de dépenses nationales de santé, 1975-1999.*

Centre de recherche et d'information sur le Canada. 1997. *Opinions sur les programmes sociaux.* (Décembre - juillet)

Courchene, Thomas. 1994. *Social Canada in the Millennium: Reform Imperatives and Restructuring Principles.* Toronto: Institut C.D. Howe.

Courchene, Thomas. 1997. ACCESS: A Convention on the Canadian Economic and Social Systems, dans *Assessing ACCESS: Towards a New Social Union.* Kingston: Institut des relations intergouvernementales, p. 77-112.

Dufour, Christian. 2002. Rétablir le principe fédéral : la place du Québec dans l'union sociale canadienne. *Enjeux publics* 3(1), 1-27.

Fédération canadienne des municipalités. 2002. Mémoire présenté au Groupe de travail libéral du Premier ministre sur les questions urbaines, http://www.fcm.ca/french/communications/presbrief-f.htm_ (le 4 avril 2002).

Fierlbeck, Katherine. 1997. Canadian Health Reform and the Politics of Decentralization, dans *Health Policy Reform, National Variations, and Globalization*, sous la direction de C.W. Altenstetter et J.W. Bjorkman. London, Macmillan, p. 17-38.

Fierlbeck, Katherine. 2001. Cost Containment in Health Care: The Federalism Context, dans *Federalism, Democracy, and Health Policy in Canada*, sous la direction de Duane Adams. Kingston et Montréal : McGill-Queen's University Press, p. 131-178.

Gagnon, Alain-G. et Can Erk. 2002. Legitimacy, Effectiveness, and Federalism: On the Benefits of Ambiguity, dans *Canadian Federalism*, sous la direction de Herman Bakvis et Grace Skogstad. Don Mills: Oxford University Press, p. 317-330.

Gibbins, Roger. 1997. Democratic Reservations about the ACCESS Models, dans *Assessing ACCESS : Towards a New Social Union*. Kingston: Institut des relations intergouvernementales, p. 41-44.

Gibbins, Roger. 1999. Taking Stock: Canadian Federalism and Its Constitutional Framework, dans *How Ottawa Spends 1999-2000*, sous la direction de Leslie Pal. Toronto, Oxford University Press, p. 197-220.

Kennett, Steven. 1998. *Securing the Social Union: A Commentary on the Decentralized Approach.* Kingston: Institut des relations intergouvernementales.

Kroeger, Arthur. *2000. The HRD Affair: Reflections on Accountability in Government.* Discours livré au Canadian Club of Ottawa, le 12 décembre 2000.

Laghi, Brian. 25 January 2002. « Premiers threaten to act alone on health », *The Globe and Mail*, p. A1.

Lazar, Harvey. 2000a. The Social Union Framework Agreement and the Future of Fiscal Federalism, dans *Canada - The State of the Federation 1999-2000: In Search of a New Mission Statement for Canadian Fiscal Federalism*, sous la direction de Harvey Lazar. Kingston, Institut des relations intergouvernementales.

Lazar, Harvey. 2000b. *The Social Union Framework Agreement: Lost Opportunity or New Beginning?* Kingston: Queen's University Working Paper 3.

Maioni, Antonia. 1998. *Parting at the Crossroads: The Emergence of Health Insurance in the United States and Canada*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Maioni, Antonia. 2000. *Assessing the Social Union Framework Agreement.* Policy Options, avril 2000. 39-41.

Maioni, Antonia. 2002. Health Care in the New Millennium, dans *Canadian Federalism*, sous la direction de Herman Bakvis et Grace Skogstad. Don Mills: Oxford University Press, p. 87-104.

Maslove, Allan. 1992. Reconstructing Fiscal Federalism, dans *How Ottawa Spends 1992-93: The Politics of Competitiveness*, sous la direction de Frances Abele. Ottawa: Carleton University Press, 57-73.

Maslove, Allan. 1996. The Canada Health and Social Transfer: Forcing Issues, dans *How Ottawa Spends 1996-1997*, sous la direction de Gene Swimmer. Ottawa, Carleton University Press.

Mendelsohn, Matthew and John McLean. 2000. SUFA's Double Vision: Citizen Engagement and Intergovernmental Collaboration. *Options politiques*, April 23. 43-44.

Muszynski, Leon. 1995. Social Policy and Canadian Federalism: What Are the Pressures for Change?, dans *New Trends in Canadian Federalism*, publié sous la direction de François Rocher et Miriam Smith. Peterborough: Broadview Press, p. 288-318.

Noël, Alain. 2000. Without Quebec: Collaborative Federalism with a Footnote? *Enjeux publics* 1(2), 1-26.

O'Reilly, Patricia. 2001. The Canadian Health System Landscape, dans *Federalism, Democracy, and Health Policy in Canada*, publié sous la direction de Duane Adams. Kingston et Montréal: McGIll-Queen's University Press, p. 17-59.

Philips, Susan. 2001. SUFA and Citizen Engagement: Fake or Genuine Masterpiece? *Enjeux publics* 2(7), 1-36.

Priest, Lisa. 4 April 2002. « Fund for medical machines buys lawn tractors », *The Globe and Mail*, p. A1.

Rasmussen, Ken. 2001. Regionalization and Collaborative Government: A New Direction for Health System Governance, dans *Federalism, Democracy, and Health Policy in Canada*, sous la direction de Duane Adams. Kingston et Montréal: McGill-Queen's University Press, p. 239-270.

Robson, William and Daniel Schwanen. 1999. The Social Union Agreement: Too Flawed to Last. *Institut C.D. Howe - Article documentaire*, le 8 février 1999, 1-5.

Rocher, François and Christian Rouillard. 1998. Décentralisation, subsidiarité et néo-liberalisme au Canada: lorsque l'arbre cache la forêt. *Analyse de Politiques* 24(2), 233-258.

Sancton, Andrew. 2002. Municipalities, Cities, and Globalization: Implications for Canadian Federalism, dans *Canadian Federalism*, sous la direction de Herman Bakvis et Grace Skogstad. Don Mills: Oxford University Press, p. 261-277.

Smiley, D.V. 1979. An Outsider's Observations of Intergovernmental Relations Among Consenting Adults, dans *Consultation or Collaboration: Intergovernmental Relations in Canada Today*, sous la direction de R. Simeon. Toronto: Institute of Public Administration.

Smith, Jennifer. 2002. Informal Constitutional Development: Change by Other Means, dans *Canadian Federalism*, sous la direction de Herman Bakvis et Grace Skogstad. Don Mills: Oxford University Press, p. 40-58.

Snoddon, Tracy. 1998. The Impact of the CHST on Interprovincial Redistribution in Canada. *Analyse de Politiques* 24(1), 49-70.

Sutherland, Sharon. 2001. *Biggest Scandal in Canadian History: HRDC Audit Starts Probity War.* Queen's University School of Policy Studies, Working Paper 23.

Taft, Kevin and Gillian Steward. 2000. *Clear Answers: The Economics and Politics of For-Profit Medicine. Edmonton:* The University of Alberta Press.

Telford, Hamish. *s.d. The Federal Spending Power in Canada: Nation-Building or Nation-Destroying?* Institut des relations intergouvernementales – document de travail.

Tomblin, Stephen. 2002. *Regionalization: Does It Really Matter?* Exposé présenté au Dalhousie Law School, le 1e mars 2002.

Tuohy, Carolyn Hughes. 1999. *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada.* New York: Oxford University Press.

Vaillancourt, Yves. 2002. Le modèle québecois de politiques sociales et ses interfaces avec l'union sociale canadienne, dans *Enjeux publics* 3(2).

Watts, R.L. 1999. *The Spending Power in Federal Systems.* Kingston. Institut des relations intergouvernementales.